平成13年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による
「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」
主任研究者：岡部信彦

「定点サーベイランスの評価に関するグループ」
研究報告書

感染症発生動向調査に基づく
流行の警報・注意報および全国年間罹患数の推計
－ その２ －

平成14年３月

グループ長：永井正規

平成13年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による
「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」
主任研究者：岡部信彦

「定点サーベイランスの評価に関するグループ」
研究報告書

感染症発生動向調査に基づく
流行の警報・注意報および全国年間罹患数の推計
－ その２ －

平成14年３月

グループ長：永井正規

グループ構成

グループ長　永井正規　埼玉医科大学公衆衛生学教室　教授

研究協力者　橋本修二　東京大学大学院医学系研究科健康科学･看護学専攻　助教授
村上義孝　大分県立看護科学大学人間科学講座健康情報科学　助手
小坂　健　国立感染症研究所感染症情報センター　研究員
進藤奈邦子　国立感染症研究所感染症情報センター　主任研究官
渕上博司　埼玉医科大学公衆衛生学教室　講師

平成13年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による
「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」

主任研究者　岡部信彦　国立感染症研究所感染症情報センター　センター長

目　次

Ⅰ．はじめに …… 1

Ⅱ．流行の警報・注意報に関する検討―運用状況― …… 2
Ⅱ－１．システムの概要 …… 2
１）パソコン側システム
２）国側システム
３）問題点
４）考察
Ⅱ－２．システムの応用：インフルエンザ警報・注意報マップ …… 4
１）問題点
２）考察
参考１．共同通信社配信報告（昨年度分） …… 11
参考２．朝日新聞　マリオン　連載分 …… 12

Ⅲ．流行の警報・注意報に関する検討－全国保健所調査－ …… 14
Ⅲ－１．調査方法 …… 14
Ⅲ－２．集計結果 …… 15
１）定点医療機関について
２）警報発生システムの認知と使用状況
３）警報、注意報が発生されるしくみ
４）警報、注意報発生後の対応
５）警報、注意報の有用性
６）警報発生システムの信頼性を高める課題
７）警報発生システムに組み込む必要のある疾患
８）既存の還元情報の普及度
９）還元情報での保健所名公表の賛否
10）今後の警報発生システムの使用状況
11）警報発生システムに関及び感染症発生動向調査に関する意見
Ⅲ－３．考察 …… 27
Ⅲ－４．まとめと今後の課題 …… 28

Ⅳ．流行の警報・注意報に関する検討 ―発生状況と基準値変更の影響― …… 29
Ⅳ－１．データと解析方法 …… 29
１）データ
２）警報・注意報の発生方法
３）解析方法

Ⅳ－２．インフルエンザの解析結果 …… 32
１）全国の発生状況
２）1999、2000年度と1993～1997年の発生状況の比較
３）都道府県間の発生状況の比較
４）基準値変更に伴う発生状況の変化
Ⅳ－３．小児科定点対象疾患の解析結果 …… 38
１）咽頭結膜熱
２）Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎
３）感染性胃腸炎
４）水痘
５）手足口病
６）伝染性紅斑
７）突発性発疹
８）百日咳
９）風疹
10）ヘルパンギーナ
11）麻疹
12）流行性耳下腺炎
Ⅳ－４．眼科定点対象疾患の解析結果 …… 89
１）急性出血性結膜炎
２）流行性角結膜炎
Ⅳ－５．考察 …… 97
Ⅳ－６．発生状況と基準値変更の影響に関する小括 …… 98

Ⅴ．全国年間罹患数の推計に関する検討―基礎データ、推計方法とその吟味― …… 99
Ⅴ－１．罹患数推計の基礎データ …… 99
１）推計に必要な情報
２）定点の選定状況
３）定点の報告状況
Ⅴ－２．罹患数の推計方法 …… 109
１）推計の基本的考え方
２）全国年間罹患数の推計方法
３）性、年齢、都道府県、週別の罹患数の推計方法
Ⅴ－３．罹患数推計方法の吟味 …… 113
１）吟味の方法
２）インフルエンザの推計方法の吟味
３）小児科定点対象疾患の推計方法の吟味

Ⅵ．全国年間罹患数の推計に関する検討―2000年推計結果と今後の課題― …… 120
Ⅵ－１．基礎データと推計方法の概要 …… 120

Ⅵ－２．インフルエンザの推計結果 …… 123
Ⅵ－３．小児科定点対象疾患の推計結果 …… 127
１）咽頭結膜熱
２）Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎
３）感染性胃腸炎
４）水痘
５）手足口病
６）伝染性紅斑
７）突発性発疹
８）百日咳
９）風疹
10）ヘルパンギーナ
11）麻疹
12）流行性耳下腺炎
Ⅵ－４．推計結果の総括と今後の課題 …… 154
１）推計結果の総括
２）今後の課題

Ⅶ．まとめ …… 159

Ⅷ．資料 …… 161
１．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－調査票－ …… 163
２．保健所調査時添付資料
１）警報発生システムの概要 …… 171
２）保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況
（1999年第47週～2000年第13週） …… 175
３．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－自由記載回答－
１）保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見） …… 178
２）保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（反対意見） …… 184
３）警報発生システムに関する意見等 …… 188
４）感染症発生動向調査に関する意見等 …… 192

Ⅰ．はじめに

現在行われている感染症発生動向調査は、１９９９年４月１日に施行された「感染法の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づいて新しくなったものである。新しい発生動向調査の実施に伴い、対象疾患が変更され、新しい定点が設定された。また、ここで得られるデータから全国年間罹患数を推計すること、流行発生を関知するシステムを設定することなども求められた。そのため、１９９９年３月に、平成１０年度厚生科学研究費補助金（新興･再興感染症研究事業）による感染症対策の見直しに向けての緊急研究「感染症サーベイランスの定点に関する分担研究班研究報告書」（班長：永井正規)、同じく平成１０年度厚生科学研究費補助金（新興･再興感染症研究事業）による「感染症発生動向調査（定点把握）における警告発生システム開発のための調査研究･研究報告書」（班長：永井正規）が提出され、厚生省はこれを参考として定点設計を行い、警報システムの試行を行った。そして、１９９９年度末まで１年間の実行経過、これから得られた資料を基に、動向調査の運用、定点設定の現状、警報・注意報発生システムの妥当性、有用性、年間罹患数の推定方法などについての検討が行われ、２００１年３月に　平成 12 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」（主任研究者：岡部信彦）の中で「定点サーベイランスの評価に関するグループ」(グループ長:永井正規）研究報告書として「感染症発生動向調査に基づく流行の警報・注意報および全国年間罹患数の推計」が、提出された。ここでは、新制度実施後１年の段階での問題点、課題を指摘し、引き続き同様の検討が必要であることが述べられた。

本研究は先の報告に引き続き、感染症発生動向調査システムの有効な運用、定点設定、警報・注意報の発生システム、罹患数の推定、に関する課題について、新しい感染症発生動向調査施行後２年(２０００年度末)までの経過をもとに検討するものである。本報告書では続く第Ⅱ章で、感染症発生動向調査の中での、警報・注意報システムの運用状況と、情報提供についての検討を行う。第Ⅲ章では警報・注意報に関する全国保健所を対象とした調査結果がまとめられる。第一線機関での利用状況、ここからのシステムに対する要望、意見である。第Ⅳ章では、この間の警報・注意報の発生状況をまとめ、警報・注意報の発生方法、発生基準の妥当性、変更の必要性について考察する。第Ⅴ章は、全国年間罹患数の推計方法について検討し、第Ⅵ章では、実際に罹患数の推計を行う。

本研究の成果、現段階での課題を簡潔に第Ⅶ章にまとめた。第Ⅷ章は第Ⅲ章に示した保健所を対象とした調査に用いた資料、調査から得られた自由記載意見を示した。

Ⅱ．流行の警報・注意報に関する検討－運用状況－

感染症発生動向調査における「警報・注意報発生システム」は、平成12年12月末より本格運用が開始され、1年余りが経過した。試行期間中より、国立感染症研究所感染症情報センターでは、研究会、協議会、講習会等を通じ本システムの普及に努めてきた。感染症発生動向調査を担当する都道府県、指定都市、特別区の衛生主管部局、保健所、衛生研究所等関係者の関心は高く、「インフルエンザ警報・注意報マップ」による情報の一部公開も手伝って、システムの認識は急速に達成されつつある。今年度は普及に伴って寄せられたシステムの具体的な問題点について検討し、改善を行った。また、昨シーズンより行っている「インフルエンザ警報・注意報マップ」のインターネットによる公開を今シーズンも行い、メディアを通じてインフルエンザ流行の地域別早期警報発生状況について、またその発生の仕組みや期待される具体的な行動などについて広報活動を行った。

Ⅱ－1．システムの概要

警報発生システムには、保健所、指定都市、都道府県など入力側のパーソナル・コンピュータのハードディスク上に存在する「感染症発生動向調査システム」に組み込まれた「パソコン側システム」（システム ver.3.5 以降、現行 ver.3.9）とホストコンピュータの感染症発生動向調査システムに組み込まれた「国側システム」が存在する。

1）パソコン側システム

(1) 疾病ごとに当該週の警報・注意報の発生状況について、それぞれ疾病の基準値に基づいて集計結果を表示する機能をもつ。
(2) 警報の開始・継続基準値、注意報基準値は、国で用いる基準値があらかじめ入力されているが、「基準値設定登録」機能により、各端末ごとに独自の基準値を設定することが可能である。
(3) 都道府県、指定都市のシステムでは、疾病ごとに警報・注意報の発生が確認でき、さらに、どの保健所管轄域で発生しているかを知ることができる。
(4) 保健所の感染症発生動向調査還元ファイルを作成する際に、「警報発生状況の集計」コマンドが表示され、ファイル送信前に警報発生状況をチェックすることができる。
(5) 「全国の警報発生状況」機能により、WISH 上からダウンロードしてきた警報の還元ファイル（集計表）をシステム内に取り込み、履歴管理することができる。

2）国側システム

国側の警報発生システムは都道府県から送信された感染症発生動向調査集計ファイルを、毎日深夜に集計し、データを更新している。全国の警報発生状況については WISH-NET の結核・感染症発生動向調査システム情報還元画面より、閲覧あるいはファイル還元可能である。
(1) 疾患ごとに全国の都道府県での警報・注意報発生状況が、当該週を含め5週前まで表示される。
(2) 都道府県別に、管轄保健所ごとの警報発生状況が表示される。
(3) 全国、あるいは都道府県別データが週ごとにダウンロードできる（PIF 形式）。

3）問題点

問題点は主にパソコン側システムに見いだされ、国側システムには特に問題を認めなかった。

(1) 問題点は主にシステム（ver.3.5）の出荷時、インフルエンザなどいくつかの疾病についての基準値設定登録が、「短期的流行」を選択すべきところを「中期的流行」が選択されていたための不具合が報告されたが、個別に対処方法を指導することによって問題は解決し、バージョンアップ（ver.3.8 → 3.9）の際には初期設定の疾病ごとの確認が行われた。

(2) 感染症発生動向調査還元ファイル作成の際に警報発生状況の集計をかけた際、国から WISH を介して還元された注意報・警報発生状況と結果が食い違うと一部の都道府県から指摘があった。調査の結果、パソコン側システムに存在するバグによって 1 年分のデータしか集計の際に参照されていなかったことがわかり、バージョンアップ（ver.3.8 → 3.9）で国側システム同様、5 年前のデータまでさかのぼって参照するよう改善した。

(3) 感染症発生動向調査還元ファイル作成の際に警報発生状況の集計をかけた場合、パソコンの機能差により集計時間は異なるが、現行のシステムでは、保健所単位で過去 5 年間分（1 年間 52 週）すべての疾病について集計を行うため、数時間を要する現状にあり、今後の検討課題として残されている。

(4) 警報の開始・継続基準値、注意報基準値は、パソコン側で変更しても、国の基準値には影響を与えない。したがって独自の基準値を設定した場合、国から還元される警報・注意報発生状況とパソコン側で集計した結果とが異なることが想定される。独自の基準値を用いた方が、その地域において警報発生結果の妥当性が高い場合に、地域の保健衛生対策にその結果を用いることにはなんら問題がない。国側では全国の状況をある基準値に照らし合わせて比較・検討する必要があり、統計学的に最も妥当性があると考えられる基準値を設定しているが、この値もデータの蓄積とともに一定期間ごとに見直されるべきである。

4）考察

「警報・注意報発生システム」の周知に伴い、現場での使用頻度が増え、システムの問題点が具体的に報告されるようになった。ソフトウエアのバージョンアップなどにより問題の大部分が解決されたが、発生動向調査報告ファイル作成時に行われるパソコン側システムの警報発生状況集計作業に非常に時間がかかる現状の打破には至らなかった。入力データのエラー検索にも力を発揮するこの集計機能のパフォーマンス向上のためには、プログラムを改善する必要があり、来年度の課題として提案したい。

Ⅱ－2．システムの応用：インフルエンザ警報・注意報マップ

昨シーズンに引き続き、国立感染症研究所感染症情報センターでは、本システムのデータを一部利用して、インフルエンザ警報・注意報マップを作成し、ホームページを介して一般に公開した（図Ⅱ－2－1～7）。各地でインフルエンザ流行が本格化した2月にはマップ提供ページへの1ヶ月のアクセス数は8万件を超え、一般の関心の高さが示された。インフルエンザ警報・注意報マップは、新聞（参考1、参考2）、テレビ、インターネットなどのメディアにより広く国民に提供された。

1）問題点

(1) 中央感染症情報センターでは、都道府県別の注意報・警報発生保健所数を地図情報としてホームページ上に示すことで情報の還元・提供を行っているが、一般からは保健所名を明記した情報が求められている。保健所に対するアンケート結果（保健所調査の章参照）から、徐々に現場担当者の間で、保健所名を公表することに対する抵抗がなくなっていることもわかる。しかし、現時点では、保健所名を公表した場合、その保健所で市民あるいはメディアからの問い合わせに対し、対応できる体制ができあがっているかどうか個別には確認ができていない。都道府県レベルでは、すでに感染症情報センターが稼働しており、衛生主管部局あるいは地方感染症情報センターでの対応は可能であると考え、今シーズンも都道府県内の警報・注意報発生保健所数のみの情報提供とした。

(2) ある週の患者報告数をもとにして発生する警報・注意報を、約10日後にホームページに掲載するが、その時点では、注意報の定義にある「4週間後」が2週間後、に変わるのではないかという指摘があった。「警報・注意報発生システムは」、本来、専門家向けの情報であるが「警報・注意報マップ」が広く公表され認識されるようになった今、一般向けによりわかりやすい形、実用的な形での情報提供が求められている。

(3) 警報・注意報が発生した場合の対応について、具体的に提示することが必要であると考えられた。

2）考察

インフルエンザに対する国民の関心は高く、迅速な情報提供が求められている。本システムを利用した注意報・警報マップの提示はこうした要求を満たす手段として有用であると考えられた。「警報・注意報発生システム」は本来、専門家向けに開発されたものであるが、急速に一般に普及しつつある。したがって、よりわかりやすい形で情報提供することが求められており、公表の仕方にも工夫が求められている。すなわち、詳しい「警報発生の仕組み」よりも、自分の地域に「どのくらい近い将来に流行が訪れるのか」を示すようなものに作りかえていく必要がある。また、警報や注意報が発生した場合の行動について具体的に提示することが求められており、このような情報提供が、地域保健関係者、一般市民の感染症予防に役立てられることが期待される。

インフルエンザ以外の他の定点把握疾患についても、感染症対策上重要かつ緊急な情報提供が必要な疾患については、本システムの応用による早期流行情報の提供が必要であると考えられる。とくに、麻疹の流行はわが国の感染症対策の大きな問題となっており、現在も地域的流行が起こりやすい状況にあり、本システムによる早期の流行状況の把握が重要であり、予防接種による流行制圧の参考となる情報を提供できると考える。危機管理上も、昨今問題となっているバイオテロリズムに対して、インフルエンザ様の急性呼吸器疾患、麻疹・水痘などの熱性発疹性疾患の異常発生を早期に把握するシステムとして重要性が注目される。

図Ⅱ－2－1．感染症情報センターホームページ

http://idsc.nih.go.jp/index-j.html

図Ⅱ－2－2．トピックスページ

図Ⅱ－2－3．インフルエンザページ

インフルエンザ総説および国内情報

インフルエンザ総説

脳炎・脳症の重症化と解熱剤の使用について

病原微生物検出情報（ＩＡＳＲ）のインフルエンザ特集 IASR

- 2001年12月号 **NEW**
- 2000年12月号
- 1999年12月号
- 1998年12月号
- 1997年12月号
- 1996年11月号

インフルエンザQ&A

- インフルエンザQ&A　平成13年度版（2001年11月更新）**NEW**

インフルエンザ施設内感染予防の手引き

インフルエンザ施設内感染予防の手引き 平成13年度版（平成13年11月）**NEW**

インフルエンザ国内患者発生動向調査

Click!

インフルエンザ警報・注意報マップ　**NEW**

週報 IDWR(定点からのインフルエンザ様疾患報告)

インフルエンザ様疾患過去10年間との比較

インフルエンザ様疾患発生報告（学校欠席者数）

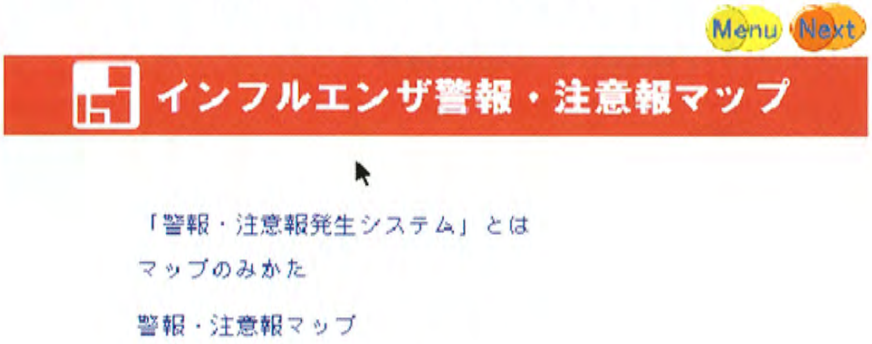
インフルエンザウイルス国内分離状況

週別インフルエンザウイルス分離状況

速報記事（他の病原体の情報も含まれます）

ワクチン株の選定

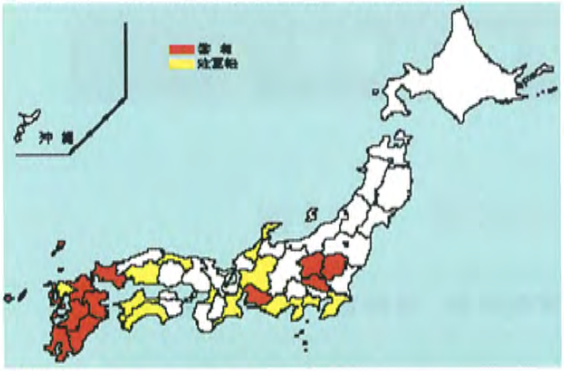
図Ⅱ－2－4．マップメニューページ



図Ⅱ－2－5．警報・注意報マップページ

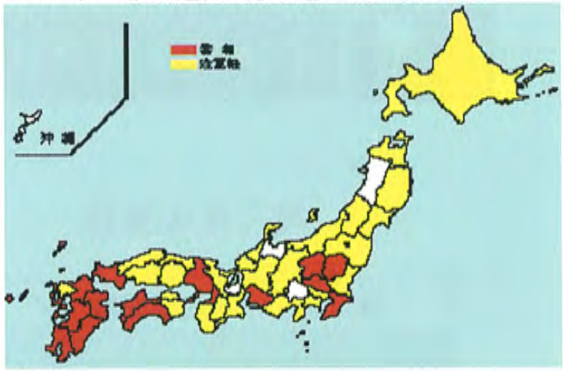
図Ⅱ－2－6. 警報・注意報推移

2002年　第04週(01月21日～01月27日)



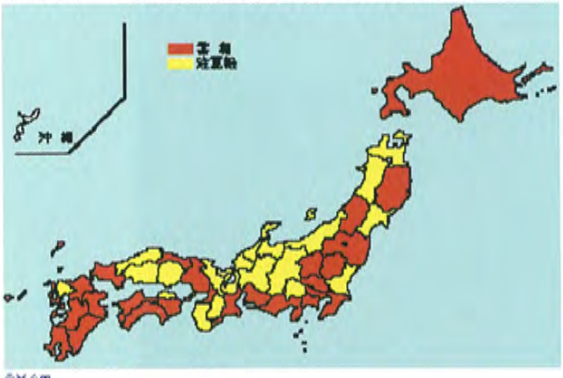
詳細

2002年　第05週(01月28日～02月03日)



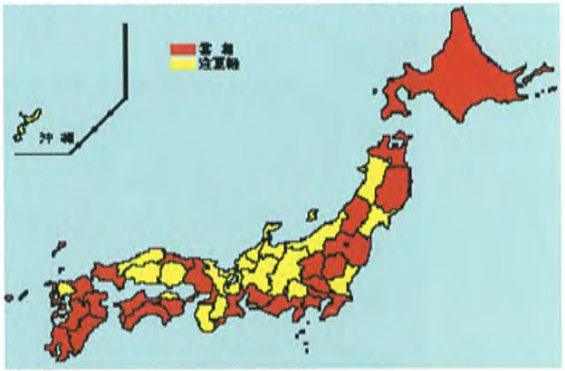
詳細

2002年　第06週(02月04日～02月10日)



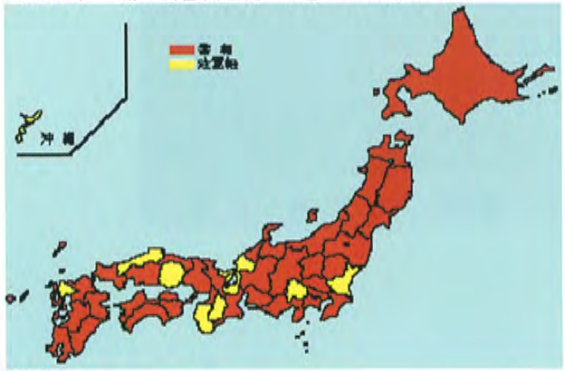
詳細

2002年　第07週(02月11日～02月17日)



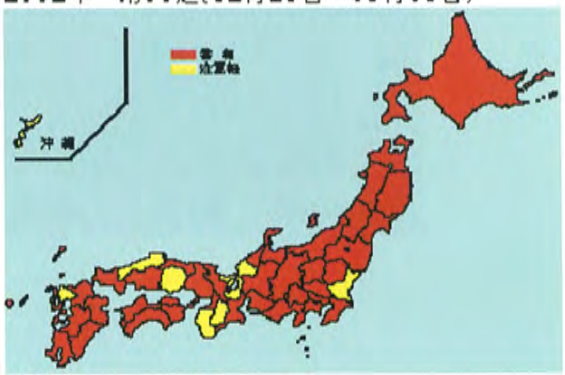
詳細

2002年　第08週(02月18日～02月24日)



詳細

2002年　第09週(02月25日～03月03日)



詳細

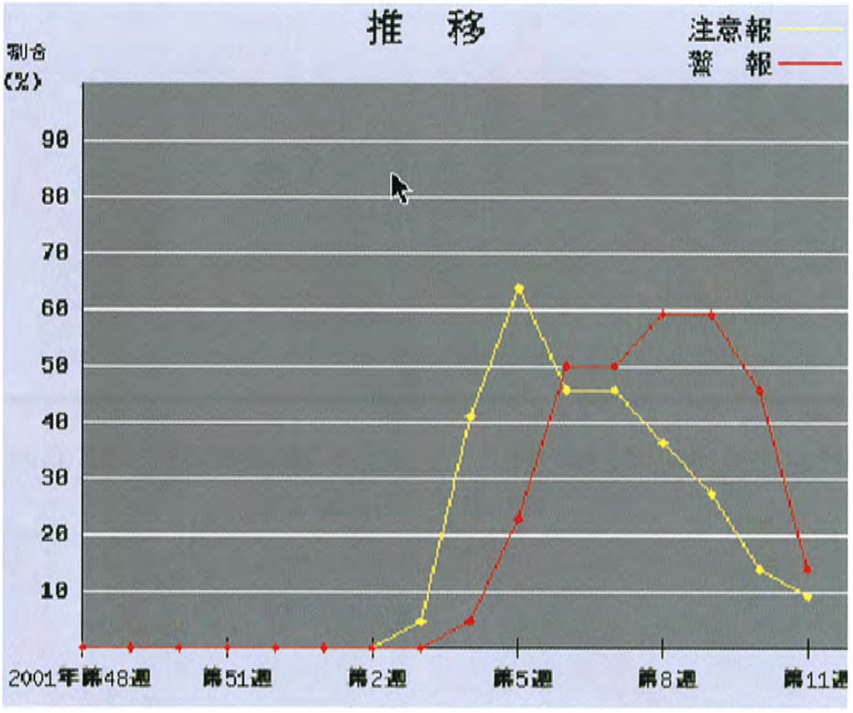
図Ⅱ－2－7．警報・注意報推移(グラフ)

Back Menu

インフルエンザ警報・注意報マップ

埼玉県の推移　2002年　第11週

日　付	注意報数　／　保健所数	警報数　／　保健所数
03/11～03/17	2／22	3／22



参考 1　　共同通信社配信報告（昨年度分）

インフルエンザ予報の記事配信について、下記の通り実施いたしましたので、ご報告いたします。

記

■ 業務内容　　感染症予防啓蒙活動に関する調査

■ 実施期間　　2000年12月1日～2001年3月31日

■ 配信記事数　　20本（3月末現在）

■ 配信一覧

No.	配信日	タイトル	掲載紙総数	総発行部数
1	2000年12月19日	患者の発生状況を毎日把握	8	2,905,315
2	2000年12月20日	7道府県で患者	0	0
3	2001年1月11日	おことわり	0	0
4	2001年1月17日	「予報」新潟県に注意	5	2,142,066
5	2001年1月17日	総合判断の一助に	1	494,959
6	2001年1月24日	「予報」注意報、再びゼロに	0	0
7	2001年1月24日	インフルエンザ薬に保険	0	0
8	2001年1月29日	今冬、異常なおとなしさ	0	0
9	2001年1月31日	「予報」兵庫県に注意報	10	2,717,760
10	2001年2月7日	「予報」新たに和歌山で注意報	8	2,351,380
11	2001年2月8日	「ニュースなぜなに」流行を予測して情報	18	4,432,918
12	2001年2月14日	「予報」和歌山に初の警報	14	3,728,785
13	2000年2月21日	「予報」和歌山、徳島両県に警報	14	4,069,278
14	2000年2月21日	「予報」(同上、初回使用社向け)	4	1,217,063
15	2001年2月28日	「予報」流行さらに拡大	16	4,162,161
16	2001年3月7日	「予報」警報増え5県に	20	4,496,346
17	2001年3月14日	「予報」流行全国に広がる	20	5,219,922
18	2001年3月21日	「予報」全国で流行が本格化	19	4,763,854
19	2001年3月21日	「予報」(同上、11府県に「警報」)	4	1,260,475
20	2001年3月28日	「予報」流行さらに拡大	21	5,952,721
		合計	182	49,915,003

参考　2　朝日新聞　マリオン　連載分

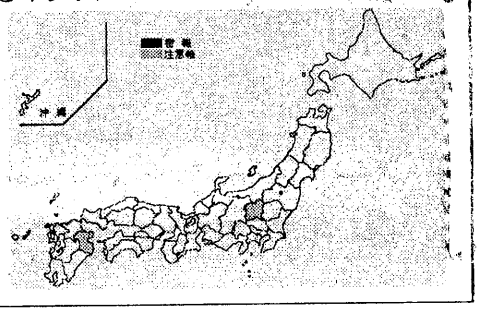
2002年(平成14年)1月10日　木曜日　14版　第3東京　都区内　28

群馬に注意報

インフルエンザ情報

国立感染症研究所感染症情報センターが集計・解析して提供しているインフルエンザ情報で、群馬・大分県内の保健所各1カ所に「注意報」が出た＝地図。大流行の発生・継続が疑われる「警報」は今季はまだないが、注意報の保健所管内では今後、流行が本格化する可能性がある。（進藤奈邦子・主任研究官）

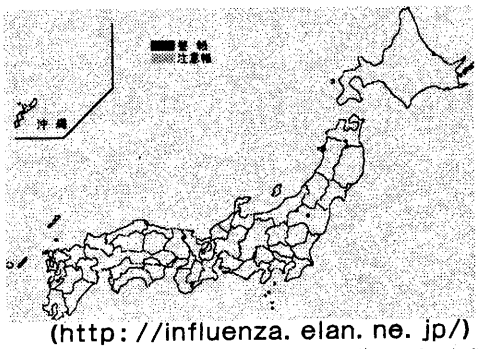
◆詳細はインフルエンザ情報サービス(http://influenza.elan.ne.jp/)で



2002年(平成14年)1月17日　木曜日　14版　第3東京　都区内　28

高齢者の感染に注意

インフルエンザ情報



国立感染症研究所　感染症情報センター提供

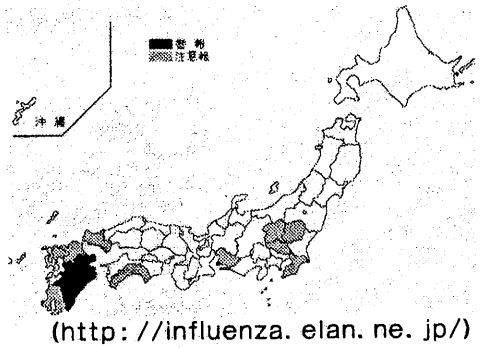
(http://influenza.elan.ne.jp/)

今年第1週は定点医療機関の休業で報告数が少なく、第2週からが今後の動向を示すものに。流行期には高齢者が集団生活を送る環境に流行を持ち込まない配慮を（進藤奈邦子・主任研究官）

2002年(平成14年)1月31日　木曜日　14版　第3東京　都区内　24

埼玉・千葉でも注意報

インフルエンザ情報



国立感染症研究所　感染症情報センター提供

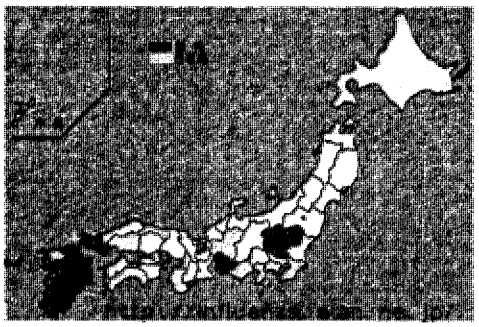
(http://influenza.elan.ne.jp/)

九州で流行が拡大。警報が熊本、宮崎、大分県の計5保健所で、注意報が埼玉、千葉など13県の43保健所で出た。いよいよ本格的なインフルエンザシーズンの到来だ（進藤奈邦子・主任研究官）

2002年(平成14年)2月7日　木曜日　14版　第3東京　都区内　32

インフルエンザ流行情報

埼玉・群馬・栃木で警報



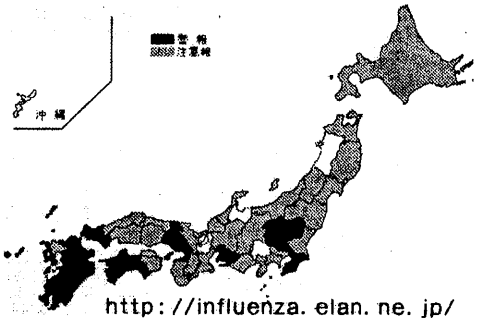
国立感染症研究所感染症情報センター提供

埼玉や群馬でも流行が本格化――九州、東海、関東で警報・注意報が多くなった。インフルエンザの流行は「桜前線」のように北上するわけではない。流行の始まった地域から周囲へ広がっていく。(進藤奈邦子・主任研究官)

2002年(平成14年)2月14日　木曜日　14版　第3東京　都区内　32

インフルエンザ流行情報

全国に拡大　埼玉も警報続く



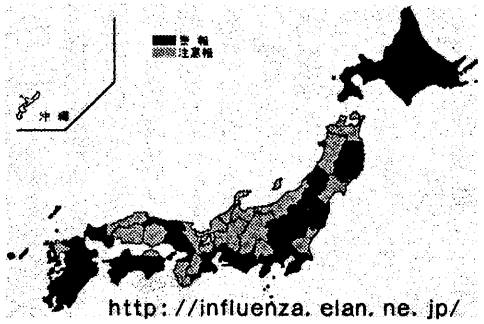
国立感染症研究所感染症情報センター提供

北海道、東北でも注意報が出て流行はほぼ全国に拡大した。患者から分離されたウイルスはA ソ連型が主流に。報告された患者が最も多いのは4～5歳だ。5歳以下が約4割を占め、成人は約2割(進藤奈邦子・主任研究官)

2002年2月21日

インフルエンザ流行情報

鎮痛解熱薬は慎重に



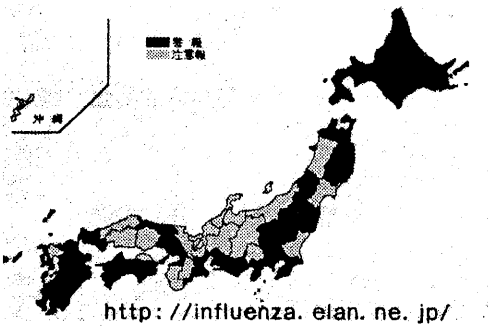
国立感染症研究所感染症情報センター提供

大都市部で注意報が急増し、患者は3～5歳が最多。子供の重い神経系合併症、インフルエンザ脳症は特定の鎮痛解熱薬の関連が指摘されている。坐薬(ざやく)を使うときは、医師の指示に従って。(進藤奈邦子・主任研究官)

2002年2月28日

インフルエンザ流行情報

流行　ほぼピークに



国立感染症研究所感染症情報センター提供

多くの地域で流行はほぼピークに。抗インフルエンザ薬は症状を軽くし、病気の期間を短くする。副作用もほとんどない、画期的な治療薬。発症から48時間以内に使いたい。早めの受診が必要だ。(進藤奈邦子・主任研究官)

Ⅲ．流行の警報・注意報に関する検討－全国保健所調査－

本研究グループの目的は、新しい定点設定後に収集された感染症発生動向調査の結果から全国年間罹患数の推計方法を検討すること並びに警報発生システムの妥当性、有効性を確認することである。警報発生システムの妥当性、有効性を確認するためには、現在使用されている警報発生システムの問題点を明らかにし、積極的に有効活用する方法を検討することが必要である。

本章では、この目的のために実施した「感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査」の概要を示す。

Ⅲ－１．調査方法

調査は調査票（Ⅷ．資料　１参照）を用いた自記式で行った。調査内容は、1) 定点医療機関について、2) 警報発生システムの使用状況、3) 警報、注意報が発生されるしくみ、4) 警報、注意報発生後の対応、5) 警報、注意報の有用性、6) 警報発生システムの信頼性を高める課題、7) 警報発生システムに組み込む必要のある疾患、8) 既存の還元情報の普及度、9) 還元情報での保健所名公表の賛否、10) 今後の警報発生システムの使用状況、11) 警報発生システム及び感染症発生動向調査に関する意見、とした。このうち、3) については、警報発生システムのしくみについて周知頂くために「警報発生システムの概要」（Ⅷ．資料　２－１）参照）を調査票と一緒に別添の形で郵送した。5) ～7) については、実際に警報発生システムを作動していない場合は回答が得られないことも想定される。このため、各都道府県における 1999 年第 47 週～ 2000 年第 13 週までの保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況（Ⅷ．資料　２－２）参照）を具体例として添付し、意見等を求めることとした。

調査対象は、指定医療機関等からの情報収集、解析、情報還元など、実際に感染症発生動向調査において大きな役割を担っている全国の全ての保健所とした。全国の 592 保健所（平成 13 年 7 月現在の全国保健所長名簿を使用）に対して、調査票等を平成 13 年 9 月 25 日に郵送し、平成 13 年 10 月 31 日を回収の期限とした。しかし回収率が低かったため、調査票が返送されていない保健所に対しては、再度調査への協力依頼状を郵送した。また、定点医療機関に関する項目のうち、性感染症定点については「定点数」と医療機関毎の「規模」と「診療科」を回答頂いたが、定点数と医療機関の規模と診療科を回答頂いた医療機関数が一致していない場合は電話で確認作業を行った。最終的に平成 14 年 1 月 11 日の時点で調査を終了した。

なお、本調査は全国保健所長会のご了承を得て実施した。

Ⅲ－２．集計結果

全国 592 保健所（県型:459、政令市:11、指定都市:70、特別区:24、中核市:28）のうち、506 保健所（県型:403(回収率:87.8%、以下同じ)、政令市:11(100%)、指定都市:52(74.3%)、特別区:18(75.0%)、中核市:22(78.6%)）から調査票が回収された。全体の回収率は 85.5%である。

１）定点医療機関について

保健所の定点医療機関数（平均 ± 標準偏差）はインフルエンザ定点が 7.2±5.69、小児科定点が 5.1±3.78、眼科定点が 1.1±1.29、性感染症定点が 1.6±1.53、基幹定点が 0.9±0.76 である（表Ⅲ－２－１）。

図Ⅲ－２－１～図Ⅲ－２－５には、定点数と保健所数の分布を定点の種類別に示す。インフルエンザ定点数の最大値は 76（１保健所）、最小値は１（３保健所）である。定点数が３（75 保健所：14.9%）と５（76 保健所：15.1%）と７（60 保健所：11.9%）の保健所が比較的多く、これらで全体の 41.9%を占める。小児科定点数と保健所数の分布は定点数４を頂点とした右に長い尾を引く分布で、最大値は 51 である。定点数が２～５の保健所が比較的多く、これらの保健所で 64.0%を占める。眼科定点、性感染症定点、基幹定点は何れも定点数１を頂点とした右に長い尾を引く分布である。

性感染症定点については、各定点の規模（病院、診療所の２区分）と診療科（泌尿器科、産婦人科等）についても調査した。性感染症定点については 505 保健所から 783 医療機関の情報が収集された（表Ⅲ－２－２）。内訳は、病院が 300(38.2%)、診療所が 485(61.8%)であり、病院と診療所の比率はおよそ 4:6 である。診療科は泌尿器科系が 375(47.8%)、産婦人科系が 318(40.5%)、産婦人科系・泌尿器科系の混在が 84(10.7%)、その他の診療科が 7(0.9%)、不明が 1(0.1%)であり、わずかながら泌尿器科系の占める割合が高い。病院・診療所別にみると、病院では泌尿器科系が 129(43.0%)、産婦人科系が 97(32.3%)、産婦人科系・泌尿器科系の混在が 71(23.7%)、その他の診療科が 2(0.7%)、不明が 1(0.3%)であるのに対し、診療所では、泌尿器科系が 246(50.7%)、産婦人科系が 221(45.6%)、産婦人科系・泌尿器科系の混在が 13(2.7%)、その他の診療科が 5(1.0%)であり、泌尿器科系と産婦人科系の割合の格差は診療所の方が低い。

２）警報発生システムの認知と使用状況

警報発生システムの認知状況を表Ⅲ－２－３に示す。「知っている」は 89.5%、「知らない」は 9.7%であり、全体の１割程度の保健所では未だ知られていないのが現状である。また保健所の区分別にみると、「知らない」と回答している割合が政令市、指定都市では高く、およそ２割程度を占めている。

警報発生システムを「知っている」と回答した 453 保健所の警報発生システムの使用状況を表Ⅲ－２－４、表Ⅲ－２－５に示す。「使用したことがある」と回答した保健所が 62.7%(回収された全保健所の 56.1%)であり、本システムの存在は知られているが実際の使用に関しては未だ十分とは言えない。保健所の区分別にみると、「使用したことがある」と回答した保健所の割合は県型、指定都市に比べて政令市、特別区、中核市でやや高い。使用頻度についてみると、「ほとんど毎週」が 50.4%、「月に１～３回程度」が 10.9%であり、使用したことのある保健所のおよそ６割が定期的に警報発生状況を確認しており、入力後に警報発生システムを作動する習慣が定着してきていると考えられる。また「その他」の回答欄を見ると「報告数の多い時」「インフルエンザの流行時」「冬期から春期」等、時期によって活用方法の異なる保健所が選択しており、これを含めると実際に活用している保健所の

割合は高くなる。

「使用したことがない」と回答した 169 保健所に対して、「使用したことのない理由」を質問した結果を表Ⅲ－２－６に示す。「既に十分な解析がなされている」が最も多く 24.9%を占める。しかし「操作方法がわからない」が 15.4%を占めており、操作方法について一層周知させる必要がある。また、「システム上の理由で使用できない」との回答が１割程度あり、地域によっては感染症発生動向調査の情報送受に関して保健所が全く関わっていない状況であるとみなされる。また、「その他」の回答欄には「独自の解析情報を活用しているため見る必要がない」とする情報還元に対して積極的な活動を行っている場合と「前任者からの引継が無くわからない」「他の機関で対応しているため必要ない」等本システムに対する関心が低い場合、「システムの内容を十分理解していない」「具体的な使用が許可されていない」「管内の現状を表していると思わない」等慎重な姿勢で臨んでいる場合に大別できる。

３）警報、注意報が発生されるしくみ

警報、注意報が発生される仕組みを「知っている」と回答したのは 340 保健所（67.2%）であり、約７割の保健所では警報、注意報の意味が正しく理解されている（表Ⅲ－２－７）。この割合は警報発生システムを「知っている」と回答した 453 保健所を分母とした場合でも 75.1%であり、警報・注意報の意味を一層周知する必要がある。また、警報発生システムを「使用したことがある」と回答した保健所数（284）よりも多く、警報発生システムに対しての関心は高いと言える。このため、「操作方法がわからない」「システム上の理由で使用できない」等の状況が改善され、使用できる環境が整えば実際の使用頻度は増加するものと考えられる。

４）警報、注意報発生後の対応

警報、注意報が発生された後の対応を「検討したことがある」は 37.9%、「検討したことはない」は 61.5%であり、約４割の保健所が対応を検討している。「検討したことがある」と回答した保健所を保健所の区分別に見ると、中核市で高く、指定都市、政令市では低い（表Ⅲ－２－８）。

検討した具体的な内容は、「流行状況を確認する」が 63.5%で最も高く、以下、「医療機関へ情報提供する(52.1%)」、「市町村、学校などの関係機関へ注意喚起する(51.0%)」、「対応の必要性を検討する(46.4%)」、「都道府県、政令市、特別区の衛生主管部（局）から意見を求める(13.5%)」の順であった（表Ⅲ－２－９）。

５）警報、注意報の有用性

各都道府県における 1999 年第 47 週～ 2000 年第 13 週までの保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況を参照して、警報発生の有用性を調査した結果が表Ⅲ－２－10、表Ⅲ－２－11である。警報、注意報のどちらも「参考になる」「やや参考になる」とする回答が全体の８～９割程度を占めており、インフルエンザの警報発生状況は保健所で感染症対策を推進する際に有用な情報になるものとみなされた。また、「やや参考にならない」「参考にならない」とする回答が全体の１割程度あるが、その割合は警報よりも注意報で若干高かった。

警報発生システムに既に組み込まれている、インフルエンザ以外の疾患の有用性を調査した結果を表Ⅲ－２－12、表Ⅲ－２－13に示す。警報が「参考になる」「やや参考になる」と回答した保健所の割合は、最高が麻疹の 88.5%、最低が突発性発疹の 72.7%であり、何れの疾患も７割以上の保健所で

参考になる情報と考えられている。また、注意報が「参考になる」「やや参考になる」と回答した保健所の割合は、最高が流行性耳下腺炎の 71.7%、最低が水痘の 67.0%であり、警報の有用性よりも低かったが、7割程度の保健所で警報、注意報共に参考になる情報とみなされている。

6）警報発生システムの信頼性を高める課題

警報発生システムの信頼性を高めるための課題については、特に重要と思う3つまでを選択頂く方法で調査した（表Ⅲ－2－14)。この結果、「地域性を考慮した定点選定」が 43.3%で最も高かった。次いで、「定点数の増加」が 38.5%、「医療機関の代表性を考慮した定点選定」が 31.6%、「定点医療機関の診断能の向上」が 28.5%、「定点医療機関からの協力体制の強化」が 28.3%、「地域性を考慮した基準値の設定」が 21.7%の順である。保健所の区分別にみると、県型、政令市、指定都市では「地域性を考慮した定点選定」が最も重要な課題であるのに対し、特別区では「定点数の増加」が最も高く、中核市では「地域性を考慮した定点選定」「定点数の増加」「医療機関の代表性を考慮した定点選定」がほぼ同等であった。

7）警報発生システムに組み込む必要のある疾患

基幹定点の週報対象疾患を警報発生システムに組み込む必要性を調査した結果を表Ⅲ－2－15に示す。「必要と思う」と回答した保健所の割合は、最高が成人麻疹の 61.5%、最低が 39.1%である。50%以上の保健所が「必要と思う」と回答した疾患は成人麻疹とマイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎の3疾患であり、この他の疾患は情報としての必要性は低いとみなされる。また、何れの疾患も現時点では「必要と思わない」とする回答がほぼ3割以上は存在しており、早急に警報発生システムに組み込む必要はないと考えられる。

今後警報発生システムに組み込む必要のある疾患を自由に記載して頂いたところ、22 保健所から回答を得た。警報では腸管出血性大腸菌、結核、A型肝炎、生物兵器（炭疽菌、天然痘）等、注意報では手足口病、咽頭結膜熱等、現在警報発生システムに組み込まれているが注意報が設定されていない疾患が多く記載されていた。

8）既存の還元情報の普及度

現在、国立感染症研究所感染症情報センターから提供されているインフルエンザと麻疹の情報の普及度を調査した結果が表Ⅲ－2－16である。「知っている」と回答された割合はインフルエンザの感染症週報が 71.7%、麻疹の感染症週報が 48.6%、インフルエンザの警報・注意報マップが 46.2%、インフルエンザの地方紙掲載マップが 23.5%であり、インフルエンザの感染症週報以外の情報は未だ十分に活用されていないと考えられる。

9）還元情報での保健所名公表の賛否

保健所名を公表することに賛成と回答したのは 333 保健所（65.8%)、反対が 117 保健所（23.1%)、無回答が 56 保健所（11.1%）であった。賛成意見の主な内容は、「地域性が明確になるため地域情報として有用になる」、「住民の予防・啓発に繋がる、地域がわかるとより身近な情報に感じ住民の注意・喚起を促す」、「迅速な、正確な情報提供が可能になる」、「他県や近隣地域の情報がわかる」、「情報公開の時代なので積極的に情報公開するべきである」、「保健所の役割が向上する」等であった。反対意見の主な内容は、「定点数が少ない、定点からの情報に問題がある、信頼性が低い等」、「発信され

た情報に機敏に対応する体制が整っていない（住民からの問い合わせ等）、事前に警報発生時の対策マニュアルが欲しい」、「定点数の少ない管内では医療機関や個人が特定されてしまう」、「公表は県レベルで良い、公表は医療圏レベルで良い」、「公表の必要性を感じない」等であった（Ⅷ. 資料　表Ⅷ－３－１、表Ⅷ－３－２参照）。

10）今後の警報発生システムの使用状況

今後、警報発生システムを「使用する」と回答したのは 78.7%であり、本システムに対する保健所の期待は大きい（表Ⅲ－２－17）。

「使用しない」と回答した理由を表Ⅲ－２－18に示す。最も多い理由は「既に十分な解析がなされている」（33.0%）であり、以下、「システム上の理由で使用できない」（18.0%）、「警報・注意報を見る必要がない」（16.0%）、「操作方法がわからない」（11.0%）、「警報・注意報の意味がわからない」（7.0%）の順である。このうち、「操作方法がわからない」、「警報・注意報の意味がわからない」については本システムを周知することで使用いただける可能性があり、今後一層周知する必要があると考えられる。

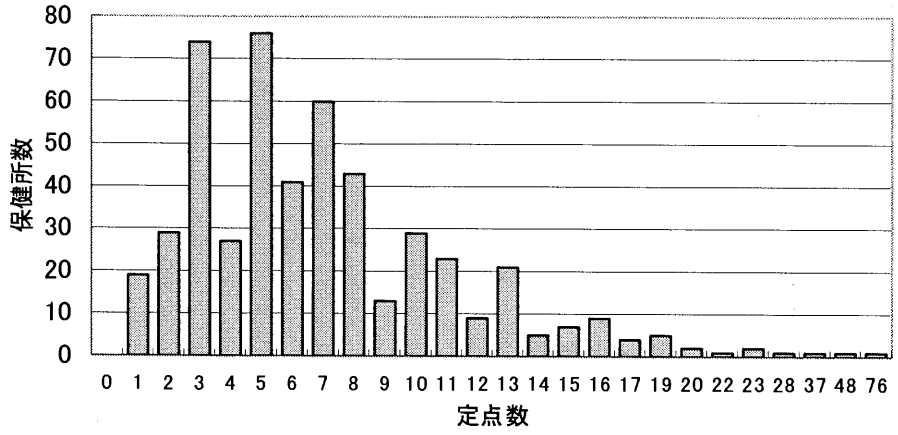
11）警報発生システム及び感染症発生動向調査に関する意見

警報発生システムに関する意見としては、データのグラフ化・表示の仕方に関する意見、解析の信頼性や迅速性等を求める意見、システムの操作性の向上に関する意見、情報公開後の対応策についての意見等に大別される。また、感染症発生動向調査に関する意見としては、定点選定の問題、定点の信頼性、定点とのオンライン化、入力画面の改良、コメント欄の追加、データの抽出・加工に対する要望等であった。なお、これらの意見については、Ⅷ. 資料　表Ⅷ－３－３、表Ⅷ－３－４に掲載しているので参照のこと。

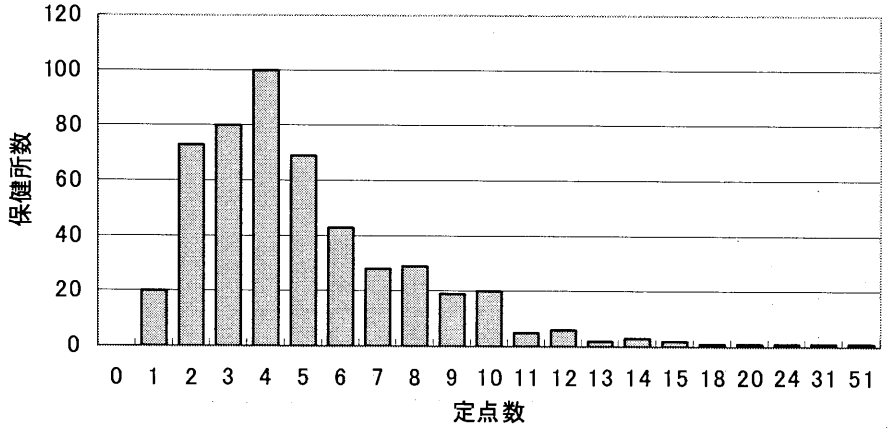
表Ⅲ－２－１．一保健所当たりの定点医療機関数，定点の種類別

定点の種類（回答保健所数）	平均±標準偏差	最大値	最小値
インフルエンザ定点数(504)	7.2±5.69	76	1
小児科定点数(505)	5.1±3.78	51	1
眼科定点数(499)	1.1±1.29	17	0
性感染症定点数(506)	1.6±1.53	19	0
基幹定点数(489)	0.9±0.76	7	0

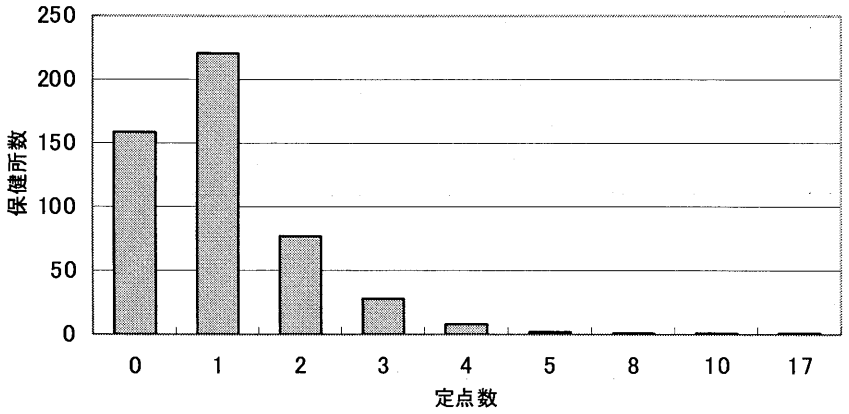
図Ⅲ－２－１．インフルエンザ定点数



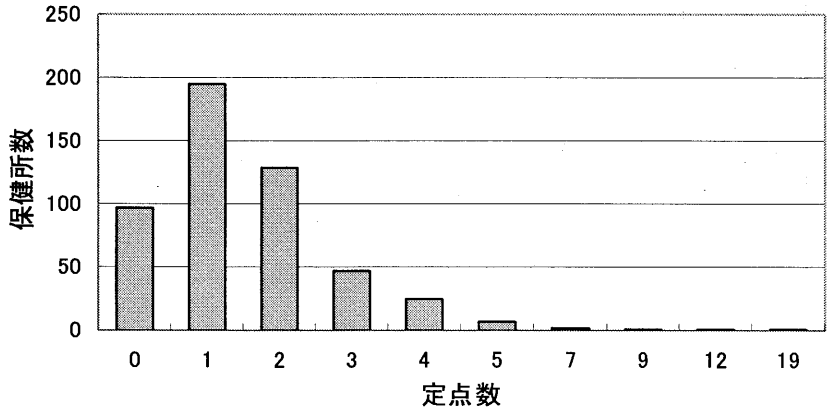
図Ⅲ－２－２．小児科定点数



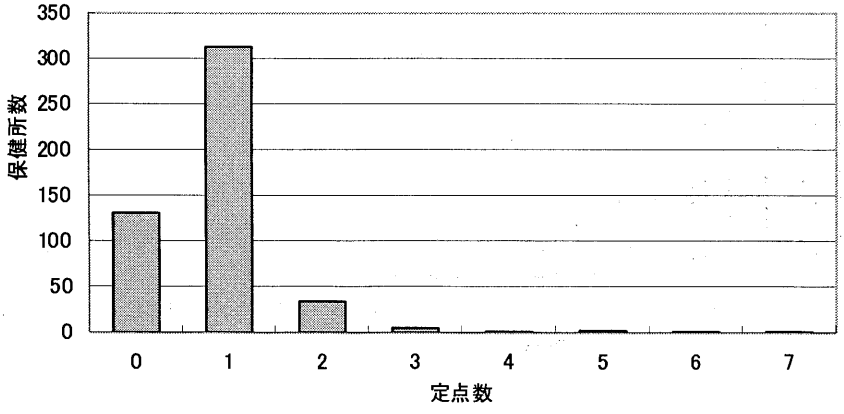
図Ⅲ－2－3. 眼科定点数



図Ⅲ－2－4. 性感染症定点数



図Ⅲ－2－5. 基幹定点数



表Ⅲ－２－２．性感染症定点の規模と診療科

区分	泌尿器科系	産婦人科系	泌尿器科系と産婦人科系の混在	その他	不　明	合　計
全体	375 (47.8)	318 (40.5)	84 (10.7)	7 (0.9)	1 (0.1)	785 (100)
病院	129 (43.0)	97 (32.3)	71 (23.7)	2 (0.7)	1 (0.3)	300 (100)
診療所	246 (50.7)	221 (45.6)	13 (2.7)	5 (1.0)	0 (0)	485 (100)

（ ）内は合計に対する割合（％）を示す。

表Ⅲ－２－３．警報発生システムの認知

	知っている	知らない	無回答	合　計
全体	453 (89.5)	49 (9.7)	4 (0.8)	506 (100)
県型	368 (91.3)	33 (8.2)	2 (0.5)	403 (100)
政令市	8 (72.7)	2 (18.2)	1 (9.1)	11 (100)
指定都市	39 (75.0)	13 (25.0)	0 (0)	52 (100)
特別区	18 (100)	0 (0)	0 (0)	18 (100)
中核市	20 (90.9)	1 (4.5)	1 (4.5)	22 (100)

（ ）内は合計に対する割合（％）を示す。

表Ⅲ－２－４．　警報発生システムの使用の有無（知っていると回答した453保健所が対象）

	使用したことがある	使用したことはない	合　計
全体	284 (62.7)	169 (37.3)	453 (100)
県型	226 (61.4)	142 (38.6)	368 (100)
政令市	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100)
指定都市	22 (56.4)	17 (43.6)	39 (100)
特別区	15 (83.3)	3 (16.7)	18 (100)
中核市	15 (75.0)	5 (25.0)	20 (100)

（ ）内は合計に対する割合（％）を示す。

表Ⅲ－２－５．警報発生システムの使用頻度（使用したことがあると回答した284保健所が対象）

	ほとんど毎週	月に1～3回程度	月に1回未満	今までに1～2回	その他	合 計
全体	143 (50.4)	31 (10.9)	33 (11.6)	60 (21.1)	17 (6.0)	284 (100)
県型	115 (50.9)	22 (9.7)	29 (12.8)	48 (21.2)	12 (5.3)	226 (100)
政令市	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0)	1 (16.7)	0 (0)	6 (100)
指定都市	9 (40.9)	3 (13.6)	2 (9.1)	6 (27.3)	2 (9.1)	22 (100)
特別区	7 (46.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	15 (100)
中核市	9 (60.0)	2 (13.3)	1 (6.7)	2 (13.3)	1 (6.7)	15 (100)

（ ）内は合計に対する割合（％）を示す。

表Ⅲ－２－６．警報発生システムの使用経験のない理由（使用したことがないと回答した169保健所が対象）
（複数回答）

	全 体	県 型	政令市	指定都市	特別区	中核市
既に十分な解析がなされている	42 (24.9)	39 (27.5)	0 (0)	3 (17.6)	0 (0)	0 (0)
警報・注意報を見る必要がない	37 (21.9)	30 (21.1)	1 (50.0)	4 (23.5)	1 (33.3)	1 (20.0)
警報・注意報の意味がわからない	28 (16.6)	26 (18.3)	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	1 (20.0)
操作方法がわからない	26 (15.4)	22 (15.5)	1 (50.0)	0 (0)	0 (0)	3 (60.0)
システム上の理由で使用できない	18 (10.7)	14 (9.9)	0 (0)	3 (17.6)	1 (33.3)	0 (0)
その他	52 (30.8)	42 (29.6)	1 (50.0)	7 (41.2)	1 (33.3)	1 (20.0)
使用したことのない保健所数	169 (100)	142 (100)	2 (100)	17 (100)	3 (100)	5 (100)

（ ）内は使用経験のない保健所数に対する割合（％）を示す。

表Ⅲ－２－７．警報、注意報が発生される仕組みについて

	知っている	知らない	無回答	合 計
全体	340 (67.2)	155 (30.6)	11 (2.2)	506 (100)
県型	270 (67.0)	126 (31.3)	7 (1.7)	403 (100)
政令市	5 (45.5)	5 (45.5)	1 (9.1)	11 (100)
指定都市	32 (61.5)	20 (38.5)	0 (0)	52 (100)
特別区	14 (77.8)	2 (11.1)	2 (11.1)	18 (100)
中核市	19 (86.4)	2 (9.1)	1 (4.5)	22 (100)

（ ）内は合計に対する割合（％）を示す。

表Ⅲ－２－８．警報、注意報が発生された後の対応について

	検討したことがある	検討したことはない	無回答	合　計
全体	192 (37.9)	311 (61.5)	3 (0.6)	506 (100)
県型	157 (39.0)	245 (60.8)	1 (0.2)	403 (100)
政令市	3 (27.3)	7 (63.6)	1 (9.1)	11 (100)
指定都市	11 (21.2)	41 (78.8)	0 (0)	52 (100)
特別区	7 (38.9)	11 (61.1)	0 (0)	18 (100)
中核市	14 (63.6)	7 (31.8)	1 (4.5)	22 (100)

( )内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－９．具体的な検討内容（検討したことがあると回答した192保健所が対象）（複数回答）

	全　体	県　型	政令市	指定都市	特別区	中核市
流行状況を確認	122 (63.5)	98 (62.4)	2 (66.7)	9 (81.8)	6 (85.7)	7 (50.0)
医療機関へ情報提供	100 (52.1)	84 (53.5)	1 (33.3)	5 (45.5)	2 (28.6)	8 (57.1)
市町村等の関係機関へ注意喚起	98 (51.0)	86 (54.8)	1 (33.3)	2 (18.2)	2 (28.6)	7 (50.0)
対応の必要性を検討	89 (46.4)	69 (43.9)	0 (0)	7 (63.6)	5 (71.4)	8 (57.1)
衛生主管部（局）から意見を求める	26 (13.5)	21 (13.4)	0 (0)	2 (18.2)	1 (14.3)	2 (14.3)
衛生研究所から意見を求める	16 (8.3)	14 (8.9)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	1 (7.1)
周辺の保健所から意見を求める	13 (6.8)	10 (6.4)	0 (0)	1 (9.1)	0 (0)	2 (14.3)
市町村等の関係機関から意見を求める	9 (4.7)	7 (4.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (14.3)
その他	7 (3.6)	5 (3.2)	1 (33.3)	1 (9.1)	0 (0)	0 (0)
検討したことのある保健所数	192 (100)	157 (100)	3 (100)	11 (100)	7 (100)	14 (100)

( )内は検討したことのある保健所数に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－10．既存情報の有用性（インフルエンザ・警報）

	参考になる	やや参考になる	やや参考にならない	参考にならない	無回答	合　計
全体	231 (45.7)	213 (42.1)	33 (6.5)	16 (3.2)	13 (2.6)	506 (100)
県型	180 (44.7)	174 (43.2)	27 (6.7)	13 (3.2)	9 (2.2)	403 (100)
政令市	4 (36.4)	6 (54.5)	0 (0)	0 (0)	1 (9.1)	11 (100)
指定都市	24 (46.2)	22 (42.3)	3 (5.8)	1 (1.9)	2 (3.8)	52 (100)
特別区	9 (50.0)	7 (38.9)	1 (5.6)	1 (5.6)	0 (0)	18 (100)
中核市	14 (63.6)	4 (18.2)	2 (9.1)	1 (4.5)	1 (4.5)	22 (100)

( )内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－11. 既存情報の有用性（インフルエンザ・注意報）

	参考になる	やや参考になる	やや参考にならない	参考にならない	無回答	合 計
全体	208 (41.1)	227 (44.9)	38 (7.5)	16 (3.2)	17 (3.4)	506 (100)
県型	163 (40.4)	184 (45.7)	32 (7.9)	12 (3.0)	12 (3.0)	403 (100)
政令市	3 (27.3)	7 (63.6)	0 (0)	0 (0)	1 (9.1)	11 (100)
指定都市	21 (40.4)	23 (44.2)	5 (9.6)	1 (1.9)	2 (3.8)	52 (100)
特別区	8 (44.4)	7 (38.9)	1 (5.6)	1 (5.6)	1 (5.6)	18 (100)
中核市	13 (59.1)	6 (27.3)	0 (0)	2 (9.1)	1 (4.5)	22 (100)

（ ）内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－12. 警報発生システムに組み込まれている情報の有用性（警報）

	参考になる	やや参考になる	やや参考にならない	参考にならない	無回答	合 計
咽頭結膜熱	148 (29.2)	238 (47.0)	63 (12.5)	23 (4.5)	34 (6.7)	506 (100)
Ａ群溶連菌咽頭炎	147 (29.1)	243 (48.0)	62 (12.3)	22 (4.3)	32 (6.3)	506 (100)
感染性胃腸炎	187 (37.0)	225 (44.5)	45 (8.9)	20 (4.0)	29 (5.7)	506 (100)
水痘	231 (45.7)	211 (41.7)	26 (5.1)	16 (3.2)	22 (4.3)	506 (100)
手足口病	186 (36.8)	230 (45.5)	41 (8.1)	17 (3.4)	32 (6.3)	506 (100)
伝染性紅斑	150 (29.6)	238 (47.0)	61 (12.1)	22 (4.3)	35 (6.9)	506 (100)
突発性発疹	136 (26.9)	232 (45.8)	67 (13.2)	38 (7.5)	33 (6.5)	506 (100)
百日咳	177 (35.0)	221 (43.7)	52 (10.3)	22 (4.3)	34 (6.7)	506 (100)
風疹	239 (47.2)	202 (39.9)	30 (5.9)	15 (3.0)	20 (4.0)	506 (100)
ヘルパンギーナ	173 (34.2)	235 (46.4)	47 (9.3)	21 (4.2)	30 (5.9)	506 (100)
麻疹	267 (52.8)	181 (35.8)	25 (4.9)	14 (2.8)	19 (3.8)	506 (100)
流行性耳下腺炎	226 (44.7)	213 (42.1)	29 (5.7)	15 (3.0)	23 (4.5)	506 (100)
急性出血性結膜炎	140 (27.7)	229 (45.3)	67 (13.2)	31 (6.1)	39 (7.7)	506 (100)
流行性角結膜炎	150 (29.6)	225 (44.5)	67 (13.2)	26 (5.1)	38 (7.5)	506 (100)

( )内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－13. 警報発生システムに組み込まれている情報の有用性（注意報）

	参考になる	やや参考になる	やや参考にならない	参考にならない	無回答	合 計
水痘	162 (32.0)	177 (35.0)	37 (7.3)	18 (3.6)	112 (22.1)	506 (100)
風疹	175 (34.6)	168 (33.2)	40 (7.9)	15 (3.0)	108 (21.3)	506 (100)
麻疹	200 (39.5)	162 (32.0)	33 (6.5)	14 (2.8)	97 (19.2)	506 (100)
流行性耳下腺炎	164 (32.4)	199 (39.3)	38 (7.5)	15 (3.0	90 (17.8)	506 (100)

( )内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－14. 警報発生システムの信憑性を高めるための課題（複数回答）

	全　体	県　型	政令市	指定都市	特別区	中核市
地域性を考慮した定点選定	219 (43.3)	176 (43.7)	5 (45.5)	26 (50.0)	5 (27.8)	7 (31.8)
定点数の増加	195 (38.5)	154 (38.2)	3 (27.3)	18 (34.6)	12 (66.7)	8 (36.4)
医療機関の代表性を考慮した定点選定	160 (31.6)	129 (32.0)	2 (18.2)	17 (32.7)	4 (22.2)	8 (36.4)
定点医療機関の診断能の向上	144 (28.5)	112 (27.8)	3 (27.3)	21 (40.4)	3 (16.7)	5 (22.7)
定点医療機関からの協力体制の強化	143 (28.3)	121 (30.0)	4 (36.4)	9 (17.3)	3 (16.7)	6 (27.3)
地域性を考慮した基準値の設定	110 (21.7)	93 (23.1)	3 (27.3)	6 (11.5)	3 (16.7)	5 (22.7)
入力ミスが起きないような対策強化	48 (9.5)	35 (8.7)	0 (0)	8 (15.4)	0 (0)	5 (22.7)
定点医療機関の定期的な入れ替え	36 (7.1)	25 (6.2)	0 (0)	6 (11.5)	2 (11.1)	3 (13.6)
保健所の関与を強化した定点選定	28 (5.5)	22 (5.5)	0 (0)	5 (9.6)	1 (5.6)	0 (0)
その他	20 (4.0)	17 (4.2)	0 (0)	3 (5.8)	0 (0)	0 (0)
回収された保健所数	506 (100)	403 (100)	11 (100)	52 (100)	18 (100)	22 (100)

（ ）内は調査票の回収された保健所数に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－15. 警報発生システムに組み込む必要のある疾患

	必要と思う	必要と思わない	どちらとも言えない	無回答	合 計
急性脳炎	238 (47.0)	211 (41.7)	0 (0)	57 (11.3)	506 (100)
細菌性髄膜炎	226 (44.7)	225 (44.5)	0 (0)	55 (10.9)	506 (100)
無菌性髄膜炎	267 (52.8)	184 (36.4)	0 (0)	55 (10.9)	506 (100)
マイコプラズマ肺炎	286 (56.5)	170 (33.6)	0 (0)	49 (9.7)	506 (100)
クラミジア肺炎	198 (39.1)	248 (49.0)	1 (0.2)	59 (11.7)	506 (100)
成人麻疹	311 (61.5)	149 (29.4)	0 (0)	46 (9.1)	506 (100)

（ ）内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－16. 提供されている情報の普及度

	知っている	知らない	無回答	合 計
インフルエンザの感染症週報	363 (71.7)	131 (25.9)	12 (2.4)	506 (100)
インフルエンザの警報・注意報マップ	234 (46.2)	260 (51.4)	12 (2.4)	506 (100)
インフルエンザの地方紙掲載マップ	119 (23.5)	372 (73.5)	15 (3.0)	506 (100)
麻疹の感染症週報	246 (48.6)	246 (48.6)	14 (2.8)	506 (100)

（ ）内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－17. 今後の警報発生システムの使用状況

	使用する	使用しない	無回答	合 計
全体	398 (78.7)	100 (19.8)	8 (1.6)	506 (100)
県型	322 (79.9)	77 (19.1)	4 (1.0)	403 (100)
政令市	9 (81.8)	1 (9.1)	1 (9.1)	11 (100)
指定都市	35 (67.3)	16 (30.8)	1 (1.9)	52 (100)
特別区	14 (77.8)	4 (22.2)	0 (0)	18 (100)
中核市	18 (81.8)	2 (9.1)	2 (9.1)	22 (100)

( )内は合計に対する割合（%）を示す。

表Ⅲ－２－18. 今後、警報発生システムを使用しない理由（複数回答）

	全 体	県 型	政令市	指定都市	特別区	中核市
既に十分な解析がなされている	33 (33.0)	29 (37.7)	0 (0)	4 (25.0)	0 (0)	0 (0)
システム上の理由で使用できない	18 (18.0)	8 (10.4)	0 (0)	9 (56.3)	1 (25.0)	0 (0)
警報・注意報を見る必要がない	16 (16.0)	13 (16.9)	0 (0)	1 (6.3)	2 (50.0)	0 (0)
操作方法がわからない	11 (11.0)	8 (10.4)	1 (100)	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
警報・注意報の意味がわからない	7 (7.0)	4 (5.2)	1 (100)	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
その他	38 (38.0)	31 (40.3)	1 (100)	3 (18.8)	1 (25.0)	2 (100)
回収された保健所数	506 (100)	403 (100)	11 (100)	52 (100)	18 (100)	22 (100)

( )内は回答された保健所数に対する割合（%）を示す。

III－3．考察

今回実施した調査の結果、警報発生システムは全国のおよそ８割の保健所で今後の使用が見込まれており、本システムに対する保健所の期待は大きいと推察される。また、約 25%の保健所で既に本システムをほぼ毎週使用しており、感染症の発生状況を確認するための有用な情報源として定着されてきているとみなされる。

しかし、本システムを知らないと回答した保健所も現段階でおよそ１割は存在しており、今後も本システムの存在について普及する必要のあることが示唆された。昨年度「地域での患者サーベイランスの評価研究（分担研究者　平賀瑞雄）」グループが実施した全国保健所調査では「知らなかった」との回答が 6.8%で今回得られた回答（9.7%）よりも低く、普及活動をしているのにもかかわらず認知状況は改善していない状況であると考えられる。この理由のひとつに感染症発生動向調査の担当者に対する研修・引き継ぎでの不備があげられる。本システムを使用したことのない理由として「前任者から警報発生システムについての引き継ぎがなされなかったため、操作方法がわからない」との回答が一部の保健所から寄せられている。これは、現在の新任者に対する研修・引き継ぎ事項がデータの送受信といったパソコンの操作方法に重点が置かれており、警報発生システムについては全く取り上げられていない状況であろうと推察される。このため、新任者向けの研修・引き継ぎ事項には、警報発生システムに関する事項も盛り込む必要がある。

また別の問題として、パソコンの端末がない、医療機関の情報を保健所で入力するシステムになっていない等、システム上の問題で警報発生システムを操作出来ない保健所の存在があげられる。警報発生システムは、過去の蓄積情報と新しく入力された情報とを比較して、基準値よりも高い時は警報、注意報を発生するものである。したがって、当然過去のデータの蓄積が必要となる。感染症発生動向調査の入力業務を保健所が担っていない場合、保健所に本システムの組み込まれたパソコンが配備されていてもパソコン上にデータが蓄積されず、警報・注意報の発生状況が正しく表示されない。システム上の問題で本システムを操作できない保健所の多くは定点からの情報を地方感染症情報センター等で集中管理しており、保健所には詳細な還元情報が提供されているため、これまでの所保健所が入力業務を行っていない不利益は生じていないと思われる。しかし、各保健所が迅速な還元情報を入手できない、保健所の感染症担当が地方感染症情報センター等から還元されるデータを注視していない等の状況があると、管内の流行状況を把握していない段階で医療機関等からの問い合わせに応じるといった事態が想定される。このため、システム上の問題で警報発生システムが使用できない場合には情報を管理している機関と保健所との情報の伝達が迅速に行われ、保健所職員が感染症の流行状況に対して絶えず意識する工夫が必要であろう。しかし、本システムの利点は定点からの情報を入力すれば直ち流行状況が確認できる点である。このため、情報伝達に伴うタイムラグは生じない。今後、感染症対策の第一線機関として保健所を位置づけるならば、やはり医療機関から収集された情報の入力は保健所で実施し、本システムが使用できるように整備しておくことが必要ではないだろうか。

Ⅲ－４．まとめと今後の課題

今回の調査の結果、警報発生システムは今後も保健所で使用されることが見込まれ、本システムに対する期待は大きいとみなされた。しかし現状では「操作方法がわからない」「警報・注意報の意味がわからない」との回答が依然としてあり、継続した本システムの周知のための活動が必要である。また、「システム上の問題で使用できない」との問題も一部の保健所では残っており、この体制を改善するための検討もする必要があると考える。

Ⅳ 流行の警報・注意報に関する検討 —発生状況と基準値変更の影響—

インフルエンザをはじめとする定点把握対象疾患に対しては、感染症発生動向調査に基づいた警報・注意報の発生方法が提案されており、実際に活用されつつある。警報・注意報は、定点あたり報告数が、ある基準値を超えた場合に発生するものであり、その基準値は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」施行前の 1993 年～ 1997 年の 5 年間の報告データに基づいて決定されたものである。警報・注意報の基準値の値は、警報・注意報の発生に大きく影響することが予想されるため、警報・注意報の基準値の妥当性を検討することは重要であると考えられる。

平成 12 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」の「定点サーベイランスの評価に関するグループ」研究報告書では、インフルエンザ定点に関しては警報・注意報の発生状況、および警報・注意報の基準値の妥当性について検討がなされ、小児科・眼科定点対象疾患についても簡単ではあるが、警報・注意報の発生状況の検討がなされた。本報告では前述の平成 12 年度研究報告書をふまえ、検討期間を 1999 年 4 月 1 日から 2 年間に拡大し、警報・注意報の発生状況について検討した。またインフルエンザに加え、小児科・眼科定点対象疾患についても、警報・注意報の基準値の妥当性について検討した。

本報告では、Ⅳ－１節において、本報告で使用するデータ、警報・注意報の発生方法と解析方法について説明を行う。Ⅳ－２節においてインフルエンザ、Ⅳ－３節において小児科定点対象疾患、Ⅳ－４節において眼科定点対象疾患について年次別、都道府県別に警報・注意報の発生状況について比較した後、基準値変更に伴う発生状況の変化について結果をまとめる。Ⅳ－５節において結果に対する考察を行い、Ⅳ－６節で本章の小括を行う。

Ⅳ－１．データと解析方法

１）データ

1999 年 13 週～ 2001 年 13 週(2 年間、105 週)(以下では 1999 年 13 週～ 2000 年 13 週を 1999 年度、2000 年 14 週～ 2001 年 13 週を 2000 年度と呼ぶ)の感染症発生動向調査週報データにおける保健所別、週別の定点数、報告数を使用した。

対象とした疾患は、インフルエンザ定点のインフルエンザ、小児科定点の対象 12 疾患、眼科定点の対象疾患 2 疾患、計 15 疾患とした(表Ⅳ－１－１参照)。

保健所の区分として 1999,2000 年度に分割された場合は分割前、併合された場合は併合後を採用し、同期間を通して一定のものを用いた。保健所数は 594 となった。

２）警報・注意報の発生方法

警報は、週ごとに、定点あたり報告数が、ある基準値以上の場合発生する。また前の週で警報が発生していた場合、定点あたり報告数が別の基準値(警報の終息基準値)以上の場合に発生する。注意報は、週ごとに、警報が発生していない週について、定点あたり報告数がある基準値(注意報の基準値)以上の場合に発生する。

警報の開始基準値と終息基準値、注意報の基準値について、提案された値を表Ⅳ－１－１に示す。警報の対象となる疾患は、インフルエンザ、小児科定点の 12 疾患、眼科定点の 2 疾患の計 15 疾患、

注意報の対象となる疾患はインフルエンザ、水痘、風疹、麻疹、流行性耳下腺炎の5疾患とした。

3）解析方法

すべての疾患について、保健所、週ごとに、定点あたり報告数を算定し、定点あたり報告数に基づいて警報・注意報の有無を求めた。なお、警報の発生にあたっては1999年12週までの状況を考慮しなかった。

対象 15 疾患に対し、はじめに、定点あたり全国報告数および警報・注意報ありの保健所数の週別推移を観察した。つぎに1999年度,2000年度と1993～1997年の各年次間で、全国の定点あたり年間報告数と警報・注意報の発生状況を比較した。第3に都道府県別に定点あたり年間報告数と警報・注意報の発生状況を比較した。最後に警報・注意報の基準値変更による警報・注意報の発生状況の変化を検討した。警報・注意報の基準値変更は、開始基準値を固定したもとで、終息基準値を(1)高くした場合、(2)低くした場合、終息基準値を固定したもとで、開始基準値を(3)高くした場合、(4)低くした場合、の4パタンについて検討した。注意報の基準値変更は、提案された値より注意報基準値を(1)高くした場合、(2)低くした場合の2パタンについて検討した。なお基準値変更の値の選定については、「平成10年度厚生科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)による感染症発生動向調査(定点把握)における警告発生システム開発のための調査研究」研究報告書第Ⅳ章　感染症発生動向調査に基づく感染症の流行状況での検討結果を参考にした。

表Ⅳ－1－1　　警報・注意報の基準値

	警報		注意報
	開始基準値	終息基準値	基準値
インフルエンザ定点			
インフルエンザ	30	10	10
小児科定点			
咽頭結膜熱	1.0	0.1	—
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	4	2	—
感染性胃腸炎	20	12	—
水痘	7	4	4
手足口病	5	2	—
伝染性紅斑	2	1	—
突発性発疹	4	2	—
百日咳	1.0	0.1	—
風疹	3	1	1
ヘルパンギーナ	6	2	—
麻疹	1.5	0.5	0.5
流行性耳下腺炎	5	2	3
眼科定点			
急性出血性結膜炎	1.0	0.1	—
流行性角結膜炎	8	4	—

－：注意報の対象外

Ⅳ－２．インフルエンザの解析結果

１）全国の発生状況

図Ⅳ－２－１に、週別、インフルエンザの定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数は 1999 年第 13 ～ 22 週に 0.2 ～ 2 未満の値をとった後、0.1 未満を推移、1999 年第 45 週に 0.1 以上となり急増、2000 年第 5 週をピーク(35.3)とし、その後急減、2000 年第 16 週に 0.1 以下となった。その後 0.1 未満を推移した後、2000 年第 48 週に 0.1 以上となり増加、2001 年第 11 週をピーク(8.7)とし、減少した。

図Ⅳ－２－２に、週別、警報・注意報ありの保健所数を示す(保健所総数は 594)。1999 年度については、警報・注意報は 1999 年第 13 ～ 20 週にいくつかの保健所で発生した後、３つの注意報を除き、第 46 週まで発生がなかった。注意報については、1999 年第 47 週より発生し、2000 年第 1 週より急増、2000 年第 5 週をピーク(542)とし、その後急減、第 13 週には 0 となった。警報については、第 49 週より発生し、2000 年第 3 週より急増、2000 年第 5 週をピーク(354)とし、その後急減、2000 年第 12 週に 0 となった。2000 年度については、警報・注意報は 3 つの注意報を除き、2000 年第 13 週 ～ 2001 年第 2 週まで発生がなかった。注意報については、2001 年第 3 週より発生し、2001 年第 8 週から増加、2001 年第 11 週をピーク(237)とし、その後減少傾向であった。警報については、2001 年第 5 週より発生し、2001 年第 8 週より増加、2000 年第 11 週をピーク(34)とし、その後減少傾向であった。

２）1999, 2000年度と1993～1997年の発生状況の比較

表Ⅳ－２－１に、2000 年度、1999 年度、1993 ～ 1997 年(警報・注意報の提案の基礎となったデータの期間)の各年次別、定点あたり報告数、警報・注意報あり延べ週数を示す。定点あたり報告数でみると、最大が 1995 年で 312.12、最小が 1994 年で 44.75 であった。1999 年度は 193.13 で３番目に多く、2000 年度は 57.01 で２番目に少ない年であった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1995 年で最大値 10.9%、1994 年で最小値 0.7%と、定点当たり報告数の大小の順序と一致した。1999 年度は 5.5%、2000 年度は 0.5%と 2000 年度の警報ありの割合は 1993 ～ 1997 年のそれを下回る結果となった。観察延べ週数に占める注意報ありの割合は、1995 年で最大値 4.5%、1994 年で最小値 1.9%と、定点当たり報告数の大小の順序と一致した。1999 年度は 4.6%、2000 年度は 2.7%と 1999 年度の注意報ありの割合は 1993 ～ 1997 年のそれを若干上回る結果となった。

３）都道府県間の発生状況の比較

表Ⅳ－２－２に、都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では福岡県(394.4)、富山県(331.5)、秋田県(285.4)の順に大きく、逆に、香川県(94.0)、茨城県(109.0)、東京都(118.4)の順に小さかった。2000 年度では、高知県(145.6)、徳島県(122.1)、和歌山県(100.0)の順に大きく、熊本県(17.2)、広島県(21.8)、沖縄県(22.2)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では富山県(11.7%)、愛媛県(10.1%)、三重県(9.6%)の順に大きく、香川県(0.7%)、大阪府(1.6%)、茨城県(2.0%)の順に小さかった。2000 年度では、高知県(4.8%)、徳島県(3.2%)、愛媛県(2.1%)の順に大きく、21 都府県で最小の 0.0%であった。

観察延べ週数に占める注意報ありの割合は、1999 年度では宮城県(9.9%)、奈良県(8.5%)、大阪府(7.7%)の順に大きく、福島県、愛媛県、宮崎県でともに最小の 1.7%であった。2000 年度では奈良県(8.3%)、山形県(6.7%)、和歌山県(6.6%)の順に大きく、栃木県(0.0%)、茨城県(0.2%)、広島県(0.7%)、

熊本県(0.7%)の順に小さかった。

4）基準値変更に伴う発生状況の変化

表Ⅳ－２－３に、警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値30、終息基準値 10 は提案されたものである。注意報の基準値を 10(提案された値に固定)とし、終息基準値を 10 に固定したもとで、開始基準値を 30 から 20 に変更すると、警報ありの割合は、1999 年度では 5.5%から 7.6%、2000 年度では 0.5%から 1.2%とともに増加した。注意報ありの割合は、1999 年度では 4.6%から 2.4%、2000 年度では 2.7%から 1.9%とともに減少した。逆に開始基準値を 30 から 40 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 5.5%から 3.8%、2000 年度では 0.5%から 0.2%と、ともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 6.2%、2000 年度では 3.0%と、ともに増加した。開始基準値を上下に関わらず、警報・注意報の合計は変化しなかった(1999 年度：10.1%、2000 年度：3.1%)。一方、開始基準値を 30 に固定したもとで、終息基準値を 10 から 5 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 6.7%と増加、2000 年度では 0.5%と不変、注意報ありの割合は 1999 年度では 4.6%、2000 年度では 2.7%と不変であった。警報・注意報の合計は 1999 年度では 11.3%、2000 年度では 3.2%と増加した。逆に終息基準値を 10 から 15 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 4.7%、2000 年度では 0.4%とともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 5.4%と増加、2000 年度では 2.7%と不変であった。警報・注意報の合計は 1999 年度では 10.1%、2000 年度では 3.1%と変化しなかった。

図Ⅳ－２－３に警報の開始基準値の変更による、警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 30 から 20 に変更することにより、全体に警報発生の数が増加するとともに、警報ピーク時(2000 年第 5 週)における警報発生保健所数が 354 から 485 に増加、逆に開始基準値を 30 から 40 に変更することにより、全体に警報発生の数が減少するとともに、警報ピーク時(2000 年第 5 週)における警報発生保健所数が 354 から 247 に減少した。図Ⅳ－２－４に警報の終息基準値の変更による、警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 10 から 5 に変更することにより、警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加し、逆に終息基準値を 10 から 15 に変更することにより、警報のピーク後の警報が減少した。

表Ⅳ－２－４に、注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 30、終息基準値 10(提案された値に固定)としたもとで、注意報基準値を 10 から 5 に変更すると、注意報ありの割合が 1999 年度では 4.6%から 9.1%、2000 年度では 2.7%から 6.4%とともに増加した。逆に注意報基準値を 10 から 15 に変更すると、注意報ありの割合は 1999 年度では 4.6%から 2.8%、2000 年度では 2.7%から 1.1%とともに減少した。

図Ⅳ－２－５に注意報の基準値を 10 から 5 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 10 から 5 に変更することにより、全体に注意報発生の数が増加するとともに、基準値 10 では注意報の発生がない 1999 年第 20 ～ 46 週、2000 年第 44 ～ 47 週に注意報がみられた。図Ⅳ－２－６に注意報の基準値を 10 から 15 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 10 から 15 に変更することにより、全体に注意報発生の数が減少した。

表Ⅳ－2－1　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

(インフルエンザ)

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	263,324	825,654	636,534	108,653	757,837	353,032	393,126
定点あたり報告数	57.01	193.13	263.47	44.75	312.12	144.80	163.06
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報・注意報なし延べ週数	29,921	28,317	28,686	31,790	27,745	30,408	30,761
(割合;%)	96.8	89.9	87.1	97.4	84.6	91.6	90.3
警報あり延べ週数	141	1,717	3,063	217	3,573	1,450	1,777
(割合;%)	0.5	5.5	9.3	0.7	10.9	4.4	5.2
注意報あり延べ週数	826	1,448	1,191	620	1,474	1,337	1,512
(割合;%)	2.7	4.6	3.6	1.9	4.5	4.0	4.4

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－2－1 週別の定点あたり報告数
(インフルエンザ)

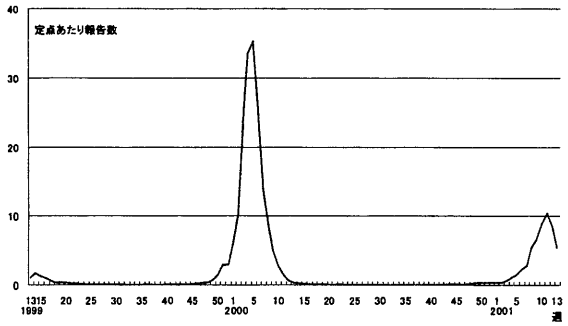
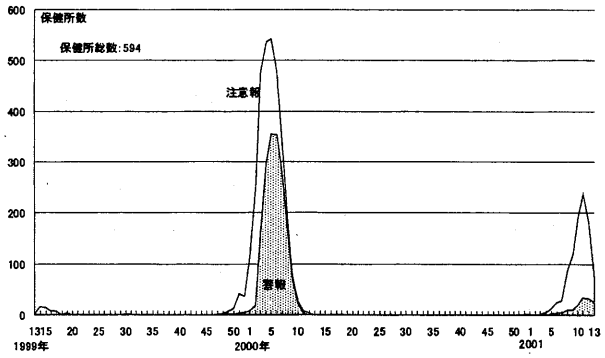


図 Ⅳ－2－2 週別の警報・注意報ありの保健所数
(インフルエンザ)



表Ⅳ－2－2　都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

（インフルエンザ）

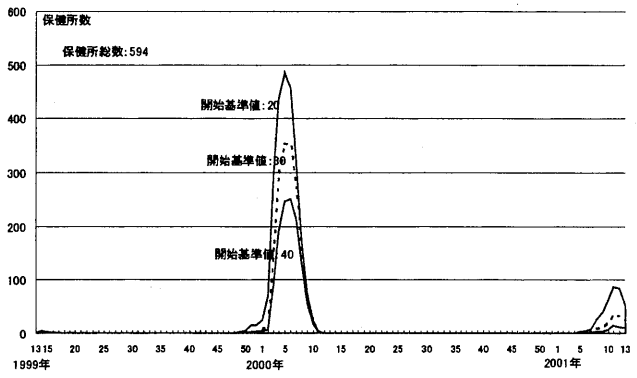
	2000年度					1999年度				
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)
北海道	34.8	2	0.1	32	2.1	180.5	67	4.4	90	5.9
青森	48.5	2	0.5	7	1.7	230.8	27	6.4	15	3.5
岩手	75.1	10	1.9	18	3.5	241.4	40	7.5	33	6.2
宮城	78.7	3	0.5	34	5.4	217.7	35	5.5	63	9.9
秋田	61.5	6	1.3	12	2.6	285.4	41	8.6	27	5.7
山形	67.2	0	0.0	14	6.7	235.4	19	9.0	4	1.9
福島	65.1	3	0.7	18	4.3	214.9	25	5.9	7	1.7
茨城	29.4	0	0.0	1	0.2	109.0	13	2.0	30	4.7
栃木	32.6	0	0.0	0	0.0	169.7	13	4.1	18	5.7
群馬	39.1	0	0.0	6	1.0	177.3	39	6.7	21	3.6
埼玉	70.3	2	0.2	45	3.8	218.9	80	6.6	53	4.3
千葉	47.5	2	0.2	13	1.6	159.7	36	4.2	45	5.3
東京	32.1	0	0.0	16	0.8	118.4	51	2.5	92	4.5
神奈川	43.8	0	0.0	23	1.2	160.1	90	4.5	76	3.8
新潟	63.8	3	0.4	31	4.3	268.2	63	8.5	27	3.6
富山	61.9	0	0.0	13	5.0	331.5	31	11.7	5	1.9
石川	57.1	2	0.8	8	3.1	257.8	22	8.3	10	3.8
福井	47.7	0	0.0	7	2.2	248.8	26	8.2	6	1.9
山梨	69.4	3	0.7	13	3.1	164.1	24	5.7	13	3.1
長野	52.6	0	0.0	11	1.9	233.0	42	7.2	25	4.3
岐阜	42.8	0	0.0	3	0.7	199.1	26	6.1	16	3.8
静岡	74.4	5	0.8	22	3.5	200.0	47	7.4	26	4.1
愛知	51.6	0	0.0	38	2.1	196.5	97	5.2	94	5.1
三重	88.3	4	0.9	30	6.4	262.1	46	9.6	11	2.3
滋賀	44.4	0	0.0	6	1.6	154.9	15	4.0	17	4.6
京都	46.3	0	0.0	17	1.4	155.5	38	3.1	72	5.9
大阪	84.4	4	0.4	55	5.9	144.8	15	1.6	73	7.7
兵庫	70.2	18	1.2	59	3.9	167.9	79	5.1	87	5.7
奈良	96.9	3	1.0	26	8.3	184.7	14	4.4	27	8.5
和歌山	100.0	9	1.9	31	6.6	223.1	25	5.2	24	5.0
鳥取	52.4	0	0.0	8	5.1	194.6	14	8.8	5	3.1
島根	54.7	0	0.0	8	2.2	205.7	21	5.7	23	6.2
岡山	42.4	0	0.0	10	1.9	164.4	19	3.6	25	4.7
広島	21.8	0	0.0	4	0.7	171.6	30	5.1	26	4.5
山口	52.2	1	0.2	12	2.3	241.0	46	8.7	23	4.3
徳島	122.1	10	3.2	14	4.5	220.0	17	5.3	22	6.9
香川	77.1	2	0.5	19	4.6	94.0	3	0.7	31	7.3
愛媛	92.2	10	2.1	21	4.5	278.1	48	10.1	8	1.7
高知	145.6	25	4.8	16	3.1	192.2	24	4.5	21	4.0
福岡	45.5	0	0.0	21	1.8	394.4	78	6.7	39	3.3
佐賀	55.5	2	0.8	7	2.7	190.3	19	7.2	13	4.9
長崎	31.5	4	0.8	5	1.0	230.2	26	4.9	11	2.1
熊本	17.2	0	0.0	4	0.7	174.9	34	5.8	22	3.8
大分	47.0	0	0.0	11	2.1	261.0	45	8.5	15	2.8
宮崎	65.6	2	0.4	17	3.6	208.1	43	9.0	8	1.7
鹿児島	99.3	4	0.5	36	4.3	174.2	43	5.1	36	4.2
沖縄	22.2	0	0.0	4	1.1	191.6	21	5.7	13	3.5
合計	57.0	141	0.5	826	2.7	193.1	1,717	5.5	1,448	4.6

表Ⅳ－2－3　警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化

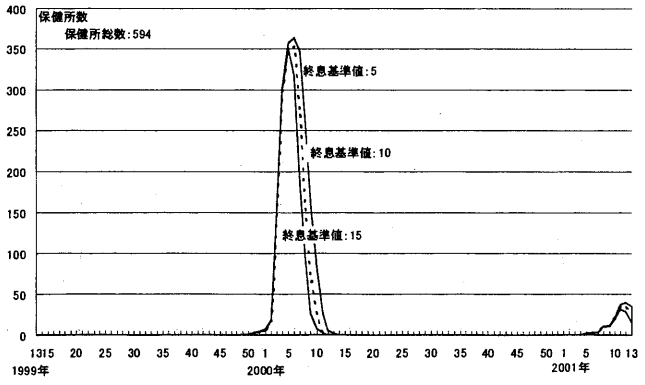
（インフルエンザ）

	警報の基準値		延べ週数（%）					
	開始	終息	警報	%	注意報	%	警報・注意報の合計	
2000年度								
	30	10	141	0.5	826	2.7	967	3.1
	20	10	366	1.2	601	1.9	967	3.1
	40	10	52	0.2	915	3.0	967	3.1
	30	5	162	0.5	825	2.7	987	3.2
	30	15	123	0.4	844	2.7	967	3.1
1999年度								
	30	10	1,717	5.5	1,455	4.6	3,172	10.1
	20	10	2,403	7.6	769	2.4	3,172	10.1
	40	10	1,210	3.8	1,962	6.2	3,172	10.1
	30	5	2,105	6.7	1,441	4.6	3,546	11.3
	30	15	1,472	4.7	1,700	5.4	3,172	10.1

図Ⅳ－2－3　開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
（インフルエンザ）



図Ⅳ－2－4　終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
（インフルエンザ）



表Ⅳ－2－4　注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化

(インフルエンザ)

注意報の基準値	注意報あり延べ週数(%)			
	2000年度		1999年度	
10	826	2.7	1,455	4.6
5	1,988	6.4	2,880	9.1
15	342	1.1	877	2.8

図 Ⅳ－2－5　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(インフルエンザ:注意報の基準値　5)

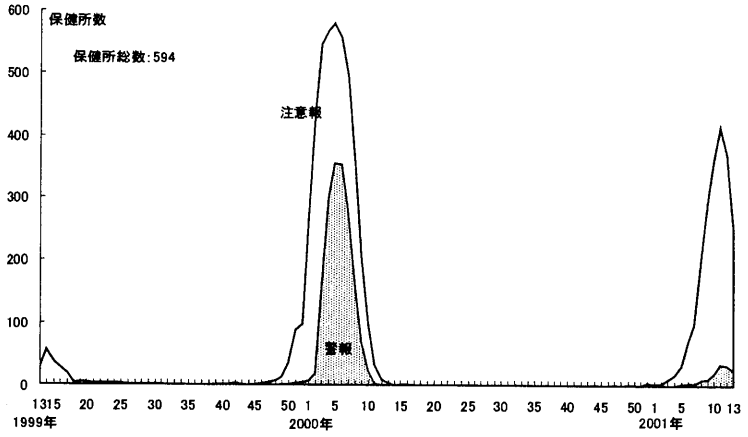
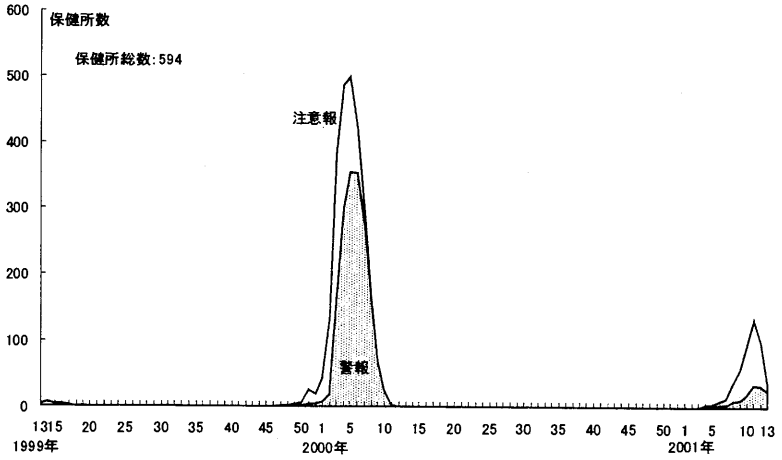


図 Ⅳ－2－6　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(インフルエンザ:注意報の基準値　15)



Ⅳ－３．小児科定点対象疾患の解析結果

小児科定点の 12 対象疾患ごとに、全国の発生状況、1999,2000 年度と 1993 ～ 1997 年の発生状況の比較、都道府県間の発生状況、基準値変更に伴う発生状況の変化をまとめる。

１）咽頭結膜熱

図Ⅳ－３－１に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－２に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークとして 1999 年第 30 週(0.22)、2000 年第 30 週(0.41)があった。

表Ⅳ－３－１に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 1.76、最大 4.39)と比較すると、1999 年度は 4.12 で 1993 ～ 1997 年の範囲内、2000 年度は 7.84 で 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 1.8%、最大 5.0%)と比較すると、1999 年度は 3.1%で 1993 ～ 1997 年の範囲内、2000 年度は 6.3%で 1993 ～ 1997 年より高かった。

表Ⅳ－３－２に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では鳥取県(11.9)、愛媛県(10.5)、長野県(9.4)の順に大きく、逆に、徳島県(1.3)、栃木県(1.6)、石川県(1.7)の順に小さかった。2000 年度では、和歌山県(29.7)、徳島県(21.9)、愛媛県(20.9)の順に大きく、岩手県(1.1)、長崎県(1.2)、佐賀県(1.7)の順に小さかった。観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では鳥取県(20.1%)、宮崎県(10.3%)、広島県(7.7%)の順に大きく、山形県、徳島県、沖縄県で最小の 0%であった。2000 年度では、鳥取県(17.9%)、大分県(16.0%)、和歌山県(15.4%)の順に大きく、佐賀県(0.0%)、茨城県(0.3%)、沖縄県(0.3%)の順に小さかった。

表Ⅳ－３－３に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 1.0、終息基準値 0.1 は提案されたものである。終息基準値を 0.1 に固定したもとで開始基準値を 1.0 から 0.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 3.1%から 6.9%に、2000 年度では 6.3%から 11.8%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 1.0 から 2.0 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.6%に、2000 年度では 4.0%にともに減少した。開始基準値を 1.0 に固定したもとで終息基準値を 0.1 から 0.05 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 3.1%から 3.2%に、2000 年度では 6.3%から 6.4%にともに増加した。逆に終息基準値を 0.1 から 0.2 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 3.0%に、2000 年度では 5.8%に減少した。

図Ⅳ－３－３に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 1.0 から 0.5 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 2.0 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－４に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 0.1 から 0.05 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 0.1 から 0.2 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

２）Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎

図Ⅳ－３－５に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－６に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数の山は数回にわたった。

表Ⅳ－３－４に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 24.71、最大 34.88)と比較すると、1999 年度は 43.81、

2000 年度は 57.60 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 3.6%、最大 5.2%)と比較すると、1999 年度は 4.5%で 1993 ～ 1997 年の範囲内、2000 年度は 7.7%で 1993 ～ 1997 年より高かった。

表Ⅳ－３－５に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では鳥取県(170.7)、大分県(94.0)、新潟県(83.0)の順に大きく、逆に、沖縄県(14.0)、長崎県(15.7)、東京都(19.8)の順に小さかった。2000 年度では、鳥取県(253.6)、新潟県(127.7)、栃木県(109.4)の順に大きく、長崎県(21.8)、島根県(22.0)、東京都(23.5)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では鳥取県(35.8%)、新潟県(16.0%)、大分県(13.2%)の順に大きく、大阪府、岡山県、徳島県、香川県で最小の 0%であった。2000 年度では、鳥取県(70.5%)、新潟県(33.2%)、宮崎県(23.3%)の順に大きく、青森県、福島県、大阪府、島根県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－３－６に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 4、終息基準値 2 は提案されたものである。終息基準値を 2 に固定したもとで開始基準値を 4 から 3 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 4.5%から 7.2%に、2000 年度では 7.7%から 11.4%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 4 から 5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 3.0%に、2000 年度では 5.4%にともに減少した。開始基準値を 4 に固定したもとで終息基準値を 2 から 1 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 4.5%から 6.6%に、2000 年度では 7.7%から 11.0%にともに増加した。逆に終息基準値を 2 から 3 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 3.5%に、2000 年度では 5.9%に減少した。

図Ⅳ－３－７に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 4 から 3 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 5 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－８に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 2 から 1 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 2 から 3 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

３）感染性胃腸炎

図Ⅳ－３－９に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－10に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークとして 1999 年第 50 週(17.0)、2000 年第 10 週(12.0)、2000 年第 51 週(15.0)などがあった。

表Ⅳ－３－７に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 192.51、最大 498.41)と比較すると、1999 年度は 294.63、2000 年度は 299.58 と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 3.6%、最大 7.3%)と比較すると、1999 年度は 6.5%、2000 年度は 6.9%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。

表Ⅳ－３－８に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では宮崎県(658.9)、福井県(562.3)、鳥取県(560.8)の順に大きく、逆に、滋賀県(0.0)、沖縄県(0.0)、青森県(0.2)の順に小さかった。2000 年度では、宮崎県(580.5)、鳥取県(550.8)、大分県(499.7)の順に大きく、沖縄県(59.1)、青森県(126.1)、北海道(135.0)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では宮城県(16.5%)、鳥取県(20.8%)、宮崎県(23.1%)の順に大きく、青森県(0.0%)、沖縄県(0.0%)、岐阜県(0.2%)の順に小さかった。2000 年度では、

宮崎県(25.9%)、山口県(21.0%)、大分県(20.6%)の順に大きく、滋賀県(0.0%)、沖縄県(0.0%)、青森県(0.2%)、山梨県(0.2%)の順に小さかった。

表Ⅳ－３－９に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 20、終息基準値 12 は提案されたものである。終息基準値を 12 に固定したもとで開始基準値を 20 から 15 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 6.5%から 10.0%に、2000 年度では 6.9%から 10.5%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 20 から 25 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 4.3%に、2000 年度では 4.5%にともに減少した。開始基準値を 20 に固定したもとで終息基準値を 12 から 10 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 6.5%から 7.5%に、2000 年度では 6.9%から 8.2%にともに増加した。逆に終息基準値を 12 から 15 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 5.5%に、2000 年度では 5.4%に減少した。

図Ⅳ－３－11に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 20 から 15 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 25 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－12に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 12 から 10 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 12 から 15 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

４）水痘

図Ⅳ－３－13に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－14に週別の警報・注意報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークとして 2000 年第 1 週(3.13)、2000 年第 19 週(3.10)、2001 年第 1 週(3.10)などがあった。

表Ⅳ－３－10に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 73.40、最大 77.98)と比較すると、1999 年度は 84.02、2000 年度は 97.85 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 4.1%、最大 4.7%)と比較すると、1999 年度は 2.8%で 1993 ～ 1997 年より低く、2000 年度は 4.4%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。注意報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 6.2%、最大 6.9%)と比較すると、1999 年度は 6.1%で 1993 ～ 1997 年より低く、2000 年度は 7.4%と 1993 ～ 1997 年より高かった。

表Ⅳ－３－11に、都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では宮崎県(152.0)、山形県(134.8)、福井県(127.7)の順に大きく、逆に、山梨県(44.5)、東京都(46.7)、大阪府(51.6)の順に小さかった。2000 年度では、宮崎県(164.6)、新潟県(141.3)、大分県(139.2)の順に大きく、東京都(49.9)、香川県(63.3)、山梨県(69.2)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では宮崎県(12.2%)、山形県(10.4%)、沖縄県(8.4%)の順に高く、茨城県、栃木県、滋賀県、大阪府、奈良県、徳島県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、宮崎県(20.5%)、沖縄県(15.4%)、新潟県(10.3%)の順に大きく、富山県(0.0%)、香川県(0.0%)、大阪府(0.2%)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める注意報ありの割合は、1999 年度では宮崎県(15.1%)、山形県(12.7%)、石川県(12.5%)の順に大きく、山梨県(0.9%)、茨城県(1.3%)、大阪府(1.5%)の順に小さかった。2000 年度では佐賀県(15.8%)、山口県(14.0%)、大分県(13.8%)と大きく、大阪府(2.0%)、東京都(2.3%)、岡山県(2.9%)の順に小さかった。

表Ⅳ－３－12に、警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値

7、終息基準値 4 は提案されたものである。注意報の基準値を 4(提案された値に固定)とし、終息基準値を 4 に固定したもとで、開始基準値を 7 から 6 に変更すると、警報ありの割合は、1999 年度では 2.8%から 4.0%、2000 年度では 4.4%から 6.1%とともに増加した。注意報ありの割合は、1999 年度では 6.1%から 4.9%、2000 年度では 7.4%から 5.7%とともに減少した。逆に開始基準値を 7 から 8 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 2.8%から 2.1%、2000 年度では 4.4%から 3.3%と、ともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 6.1%から 6.8%、2000 年度では 7.4%から 8.5%と、ともに増加した。開始基準値の上下に関わらず、警報・注意報の合計は変化しなかった(1999 年度：8.9%、2000 年度：11.8%)。一方、開始基準値を 7 に固定したもとで、終息基準値を 4 から 3 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 3.8%、2000 年度では 5.7%と増加、注意報ありの割合は 1999 年度では 5.7%、2000 年度では 6.9%と減少した。警報・注意報の合計は 1999 年度では 9.5%、2000 年度では 12.6%と増加した。逆に終息基準値を 4 から 5 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 3.6%、2000 年度では 2.2%とともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 8.2%、2000 年度では 6.7%と増加した。警報・注意報の合計は 1999 年度では 8.9%、2000 年度では 11.8%と変化しなかった。

図Ⅳ－３－15に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 7 から 6 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 8 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－16に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 4 から 3 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 4 から 5 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

表Ⅳ－３－13に、注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 7、終息基準値 4（提案された値に固定）としたもとで、注意報基準値を 4 から 3 に変更すると、注意報ありの割合が 1999 年度では 6.1%から 13.4%、2000 年度では 7.4%から 16.5%とともに増加した。逆に注意報基準値を 4 から 5 に変更すると、注意報ありの割合は 1999 年度では 2.5%、2000 年度では 3.2%とともに減少した。図Ⅳ－３－17に注意報の基準値を 4 から 3 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 4 から 3 に変更することにより、全体に注意報発生の数が増加した。図Ⅳ－３－18に注意報の基準値を 4 から 5 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 4 から 5 に変更することにより、全体に注意報発生の数が減少した。

５）手足口病

図Ⅳ－３－19に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－20に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークとして 1999 年第 27 週(1.3)、2000 年第 28 週(5.4)などがあった。

表Ⅳ－３－14に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 10.07、最大 65.58)と比較すると、1999 年度は 18.68 と 1993 ～ 1997 年の範囲内、2000 年度は 70.24 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 1.0%、最大 11.9%)と比較すると、1999 年度は 1.7%、2000 年度は 10.5%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。

表Ⅳ－３－15に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では宮崎県(16.0)、大分県(15.6)、愛媛県(13.2)の順に大きく、逆に、山形県、福島県、茨城県で最小の 0.0 であった。2000 年度では、佐賀県(176.7)、熊本県(172.8)、山形県(145.1)の順に大

きく、秋田県(22.4)、岩手県(23.1)、岡山県(30.6)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では愛媛県(18.9%)、宮崎県(17.4%)、大分県(9.1%)の順に大きく、25 道府県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、山形県(25.5%)、佐賀県(21.9%)、栃木県(20.8%)の順に大きく、岡山県(1.2%)、岩手県(1.5%)、岐阜県(1.9%)の順に小さかった。

表Ⅳ－３－16に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 5、終息基準値 2 は提案されたものである。終息基準値を 2 に固定したもとで開始基準値を 5 から 4 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.7%から 2.2%に、2000 年度では 10.5%から 12.2%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 5 から 6 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.4%に、2000 年度では 8.9%にともに減少した。開始基準値を 5 に固定したもとで終息基準値を 2 から 1 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.7%から 2.2%に、2000 年度では 10.5%から 13.6%にともに増加した。逆に終息基準値を 2 から 3 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 1.5%に、2000 年度では 8.9%に減少した。

図Ⅳ－３－21に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 5 から 4 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 6 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－22に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 2 から 1 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 2 から 3 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

６）伝染性紅斑

図Ⅳ－３－23に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－24に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数の山がいくつか存在した。

表Ⅳ－３－17に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 5.29、最大 22.74)と比較すると、1999 年度は 8.64、2000 年度は 14.31 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 1.2%、最大 8.9%)と比較すると、1999 年度は 1.7%、2000 年度は 3.2%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。

表Ⅳ－３－18に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では大分県(33.5)、新潟県(30.6)、福島県(23.1)の順に大きく、逆に、滋賀県(2.5)、大阪府(2.5)、栃木県(2.7)の順に小さかった。2000 年度では、山形県(41.3)、岩手県(34.5)、宮城県(30.2)の順に大きく、沖縄県(2.9)、和歌山県(3.8)、島根県(3.8)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では大分県(12.3%)、新潟県(9.7%)、佐賀県(9.1%)の順に大きく、22 府県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、山形県(16.8%)、岩手県(16.7%)、宮崎県(8.1%)の順に大きく、9 府県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－３－19に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 2、終息基準値 1 は提案されたものである。終息基準値を 1 に固定したもとで開始基準値を 2 から 1.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.7%から 2.4%に、2000 年度では 3.2%から 4.7%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 2 から 3 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.9%に、2000 年度では 1.5%にともに減少した。開始基準値を 2 に固定したもとで終息基準値を 1 から 0.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.7%から 2.3%に、2000 年度では 3.2%から 4.3%にともに

増加した。逆に終息基準値を 1 から 1.5 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 2.3%に、2000 年度では 1.4%に減少した。

図Ⅳ－３－25に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 2 から 1.5 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 3 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－26に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 1 から 0.5 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 1 から 1.5 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

７）突発性発疹

図Ⅳ－３－27に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－28に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。

表Ⅳ－３－20に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 34.22、最大 35.86)と比較すると、1999 年度は 42.79、2000 年度は 42.67 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 1.8%、最大 2.7%)と比較すると、1999 年度は 0.7%、2000 年度は 0.5%と 1993 ～ 1997 年より低かった。

表Ⅳ－３－21に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では佐賀県(84.7)、三重県(67.1)、宮崎県(66.9)の順に大きく、逆に、沖縄県(23.2)、山梨県(24.7)、茨城県(26.2)の順に小さかった。2000 年度では、佐賀県(84.1)、大分県(66.0)、宮崎県(65.3)の順に大きく、山梨県(20.2)、沖縄県(22.1)、東京都(25.6)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では佐賀県(16.6%)、福岡県(5.4%)、三重県(3.8%)の順に大きく、32 府県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、佐賀県(11.9%)、大分県(7.7%)、三重県(5.8%)の順に大きく、36 都府県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－３－22に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 4、終息基準値 2 は提案されたものである。終息基準値を 2 に固定したもとで開始基準値を 4 から 3.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.7%から 2.0%に、2000 年度では 0.5%から 1.5%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 4 から 4.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.3%に、2000 年度では 0.2%にともに減少した。開始基準値を 4 に固定したもとで終息基準値を 2 から 1.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.7%から 0.9%に、2000 年度では 0.5%から 0.7%にともに増加した。逆に終息基準値を 2 から 2.5 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 0.5%に、2000 年度では 0.3%に減少した。

図Ⅳ－３－29に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 4 から 3.5 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 4.5 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－30に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 2 から 1.5 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 2 から 2.5 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

８）百日咳

図Ⅳ－３－31に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－32に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。

表Ⅳ－３－23に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示

す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 1.14、最大 2.34)と比較すると、1999 年度は 1.16、2000 年度は 1.18 と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 0.8%、最大 2.1%)と比較すると、1999 年度は 0.3%、2000 年度は 0.4%と 1993 ～ 1997 年より低かった。

表Ⅳ－３－24に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では宮崎県(3.7)、静岡県(2.8)、大分県(2.3)の順に大きく、逆に、富山県(0.2)、石川県(0.1)、山梨県(0.0)で最小であった。2000 年度では、大分県(3.0)、新潟県(2.5)、鹿児島県(2.5)の順に大きく、山梨県(0.1)、北海道(0.4)、東京都(0.4)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では宮崎県(2.7%)、山形県(2.4%)、大分県(1.1%)の順に大きく、21 道県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、新潟県(3.0%)、大分県(2.3%)、岡山県(2.1%)の順に大きく、27 道府県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－３－25に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 1、終息基準値 0.1 は提案されたものである。終息基準値を 0.1 に固定したもとで開始基準値を 1 から 0.8 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.3%、2000 年度では 0.4%で、ともに不変であった。逆に開始基準値を 1 から 1.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.1%に、2000 年度では 0.1%にともに減少した。開始基準値を 1 に固定したもとで終息基準値を 0.1 から 0.05 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.3%、2000 年度では 0.4%で不変であった。終息基準値を 0.1 から 0.2 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 0.3%に、2000 年度では 0.4%で不変であった。

図Ⅳ－３－33に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 1 から 0.8 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 1.5 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－34に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 2 から 1.5、もしくは 2 から 2.5 に変更しても、変化はなかった。

９）風疹

図Ⅳ－３－35に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－36に週別の警報・注意報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数にはいくつかの山が存在した。

表Ⅳ－３－26に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 6.70、最大 61.20)と比較すると、1999 年度は 1.24、2000 年度は 1.05 と、1993 ～ 1997 年より極端に低かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 1.7%、最大 19.6%)と比較すると、1999 年度は 0.1%、2000 年度は 0.1%と 1993 ～ 1997 年より極端に低かった。注意報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 3.4%、最大 9.5%)と比較すると、1999 年度は 0.4%、2000 年度は 0.2%と 1993 ～ 1997 年より極端に低かった。

表Ⅳ－３－27に、都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では埼玉県(3.4)、北海道(3.0)、岡山県(2.8)の順に大きく、逆に、愛媛県(0.2)、石川県(0.3)、佐賀県(0.3)の順に小さかった。2000 年度では、宮崎県(7.9)、千葉県(2.2)、高知県(2.2)の順に大きく、佐賀県(0.1)、山形県(0.2)、新潟県(0.2)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では北海道(0.9%)、群馬県(0.2%)、大阪府(0.2%)の順に高く、43 都府県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、宮崎県(3.0%)、岡山県(0.2%)、長崎県(0.2%)の順に大きく、43 道府県で最小の 0.0%であった。

観察延べ週数に占める注意報ありの割合は、1999 年度では北海道(2.0%)、静岡県(1.3%)、埼玉県

(1.2%)の順に大きく、16 県で最小の 0.0%であった。2000 年度では宮崎県(1.3%)、三重県(0.9%)、静岡県(0.8%)と大きく、27 府県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－３－28に、警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 3、終息基準値 1 は提案されたものである。注意報の基準値を 1(提案された値に固定)とし、終息基準値を 1 に固定したもとで、開始基準値を 3 から 2 に変更すると、警報ありの割合は、1999 年度では 0.1%から 0.1%、2000 年度では 0.1%から 0.1%とともに不変であった。注意報ありの割合は、1999 年度では 0.4%から 0.4%、2000 年度では 0.1%から 0.1%とともに不変であった。逆に開始基準値を 3 から 4 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.1%から 0.0%、2000 年度では 0.1%から 0.0%と、ともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 0.4%から 0.5%、2000 年度では 0.1%から 0.2%と、ともに増加した。開始基準値の上下に関わらず、警報・注意報の合計は変化しなかった(1999 年度：0.5%、2000 年度：0.2%)。一方、開始基準値を 3 に固定したもとで、終息基準値を 1 から 0.5 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 0.1%、2000 年度では 0.1%と不変、注意報ありの割合は 1999 年度では 0.4%、2000 年度では 0.2%と不変であった。警報・注意報の合計は 1999 年度では 0.5%、2000 年度では 0.2%と不変であった。逆に終息基準値を 1 から 2 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 0.0%、2000 年度は 0.0%とともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 0.4%、2000 年度では 0.2%と不変であった。警報・注意報の合計は 1999 年度では 0.5%、2000 年度では 0.2%と変化しなかった。

図Ⅳ－３－37に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 3 から 2 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 4 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－38に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値を 1 から 0.5 へ変更、および 1 から 2 への変更では変化はなかった。

表Ⅳ－３－29に、注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 3、終息基準値 1(提案された値に固定)としたもとで、注意報基準値を 1 から 0.5 に変更すると、注意報ありの割合が 1999 年度では 0.4%から 1.4%、2000 年度では 0.2%から 0.9%とともに増加した。逆に注意報基準値を 1 から 1.5 に変更すると、注意報ありの割合は 1999 年度では 0.1%、2000 年度では 0.0%とともに減少した。図Ⅳ－３－39に注意報の基準値を 1 から 0.5 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 1 から 0.5 に変更することにより、全体に注意報発生の数が増加した。図Ⅳ－３－40に注意報の基準値を 1 から 1.5 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 1 から 1.5 に変更することにより、全体に注意報発生の数が減少した。

10) ヘルパンギーナ

図Ⅳ－３－41に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－42に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークとして、1999 年第 29 週(5.37)、2000 年第 28 週(5.33)があった。

表Ⅳ－３－30に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 29.98、最大 39.60)と比較すると、1999 年度は 53.80、2000 年度は 49.12 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 4.2%、最大 6.7%)と比較すると、1999 年度は 7.8%、2000 年度は 6.3%と 1993 ～ 1997 年より高かった。

表Ⅳ－３－31に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では三重県(114.3)、和歌山県(110.5)、新潟県(100.1)の順に大きく、逆に、沖縄県(9.6)、

長崎県(19.0)、山梨県(25.5)の順に小さかった。2000 年度では、宮城県(98.1)、新潟県(94.9)、福島県(90.5)の順に大きく、沖縄県(6.3)、奈良県(12.8)、滋賀県(15.6)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では三重県(17.4%)、富山県(17.0%)、大分県(15.8%)の順に大きく、山形県、長崎県、沖縄県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、福島県(16.6%)、長野県(14.5%)、宮城県(14.3%)の順に大きく、6 府県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－３－32に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 6、終息基準値 2 は提案されたものである。終息基準値を 2 に固定したもとで開始基準値を 6 から 5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 7.8%から 9.1%に、2000 年度では 6.3%から 7.4%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 6 から 7 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 6.7%に、2000 年度では 5.5%にともに減少した。開始基準値を 6 に固定したもとで終息基準値を 2 から 1 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 7.8%から 10.2%に、2000 年度では 6.3%から 7.9%にともに増加した。逆に終息基準値を 2 から 3 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 6.5%に、2000 年度では 5.3%に減少した。

図Ⅳ－３－43に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 6 から 5 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 7 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－44に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 2 から 1 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 2 から 3 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

11）麻疹

図Ⅳ－３－45に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－46に週別の警報・注意報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークには 1999 年第 29 週(0.08)などがあった。

表Ⅳ－３－33に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 6.50、最大 14.30)と比較すると、1999 年度は 3.40 と低く、2000 年度は 9.42 と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 4.2%、最大 8.2%)と比較すると、1999 年度は 1.3%、2000 年度は 3.9%と 1993 ～ 1997 年より低かった。注意報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 5.2%、最大 8.2%)と比較すると、1999 年度は 2.4%と低く、2000 年度は 6.3%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。

表Ⅳ－３－34に、都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では沖縄県(29.8)、青森県(14.4)、香川県(9.8)の順に大きく、逆に、山形県(0.1)、富山県(0.4)、山口県(0.4)の順に小さかった。2000 年度では、高知県(66.4)、大分県(38.6)、奈良県(34.5)の順に大きく、山形県(0.4)、新潟県(1.0)、富山県(1.1)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では沖縄県(22.4%)、青森県(9.0%)、滋賀県(5.4%)の順に高く、16 府県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、高知県(24.8%)、奈良県(24.4%)、大分県(18.7%)の順に大きく、6 県で最小の 0.0%であった。

観察延べ週数に占める注意報ありの割合は、1999 年度では香川県(7.1%)、沖縄県(7.0%)、大阪府(6.4%)の順に大きく、5 県で最小の 0.0%であった。2000 年度では奈良県(23.4%)、大阪府(15.4%)、福岡県(13.2%)と大きく、逆に山形県(0.0%)、新潟県(0.5%)、群馬県(1.4%)と小さかった。

表Ⅳ－３－35に、警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値

1.5、終息基準値 0.5 は提案されたものである。注意報の基準値を 0.5(提案された値に固定)とし、終息基準値を 0.5 に固定したもとで、開始基準値を 1.5 から 1.0 に変更すると、警報ありの割合は、1999 年度では 1.3%から 2.0%、2000 年度では 3.9%から 6.1%とともに増加した。注意報ありの割合は、1999 年度では 2.4%から 1.7%、2000 年度では 6.3%から 4.0%とともに減少した。逆に開始基準値を 1.5 から 2.0 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.3%から 0.9%、2000 年度では 3.9%から 3.0%と、ともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 2.4%から 2.8%、2000 年度では 6.3%から 7.1%と、ともに増加した。開始基準値の上下に関わらず、警報・注意報の合計は変化しなかった(1999 年度：3.7%、2000 年度：10.1%)。一方、開始基準値を 1.5 に固定したもとで、終息基準値を 0.5 から 0.2 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 1.6%、2000 年度では 4.8%と増加、注意報ありの割合は 1999 年度では 5.9%、2000 年度では 2.3%とともに減少した。警報・注意報の合計は 1999 年度では 3.9%、2000 年度では 10.8%と増加した。逆に終息基準値を 0.5 から 1.0 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 1.0%、2000 年度は 3.0%とともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 2.7%、2000 年度では 7.1%とともに増加した。警報・注意報の合計は 1999 年度では 3.7%、2000 年度では 10.1%と変化しなかった。

図Ⅳ－３－47に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 1.5 から 1.0 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 2.0 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－48に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 0.5 から 0.2 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 0.5 から 1.0 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

表Ⅳ－３－36に、注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 1.5、終息基準値 0.5(提案された値に固定)としたもとで、注意報基準値を 0.5 から 0.2 に変更すると、注意報ありの割合が 1999 年度では 2.4%から 6.6%、2000 年度では 6.3%から 15.5%とともに増加した。逆に注意報基準値を 0.5 から 1.0 に変更すると、注意報ありの割合は 1999 年度では 0.6%、2000 年度では 1.7%とともに減少した。図Ⅳ－３－49に注意報の基準値を 0.5 から 0.2 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 0.5 から 0.2 に変更することにより、全体に注意報発生の数が増加した。図Ⅳ－３－50に注意報の基準値を 0.5 から 1.0 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 0.5 から 1.0 に変更することにより、全体に注意報発生の数が減少した。

12）流行性耳下腺炎

図Ⅳ－３－51に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－３－52に週別の警報・注意報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。1999 年度から 2000 年度にかけ、定点あたり報告数は増加傾向であった。

表Ⅳ－３－37に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 29.21、最大 62.37)と比較すると、1999 年度は 30.89、2000 年度は 58.13 と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 3.4%、最大 9.5%)と比較すると、1999 年度は 2.0%と低く、2000 年度は 5.9%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。注意報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 2.1%、最大 4.7%)と比較すると、1999 年度は 1.9%と低く、2000 年度は 4.1%と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。

表Ⅳ－３－38に、都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報

告数をみると、1999 年度では鳥取県(75.3)、宮崎県(74.4)、兵庫県(70.8)の順に大きく、逆に、石川県(4.3)、富山県(5.7)、山梨県(5.8)の順に小さかった。2000 年度では、熊本県(155.2)、福井県(138.3)、山口県(109.5)の順に大きく、宮城県(11.2)、山梨県(14.1)、石川県(16.9)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では兵庫県(14.1%)、山口県(13.4%)、宮崎県(9.6%)の順に大きく、17 府県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、熊本県(30.1%)、山口県(25.2%)、福井県(18.6%)の順に大きく、12 県で最小の 0.0%であった。

観察延べ週数に占める注意報ありの割合は、1999 年度では鳥取県(13.2%)、山口県(6.0%)、群馬県(5.8%)の順に大きく、5 県で最小の 0.0%であった。2000 年度では佐賀県(13.8%)、群馬県(10.1%)、千葉県(9.0%)と大きく、逆に 4 県で最小の 0.0%と小さかった。

表Ⅳ－３－39に、警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 5、終息基準値 2 は提案されたものである。注意報の基準値を 3(提案された値に固定)とし、終息基準値を 3 に固定したもとで、開始基準値を 5 から 4 に変更すると、警報ありの割合は、1999 年度では 2.0%から 2.9%、2000 年度では 5.9%から 8.3%とともに増加した。注意報ありの割合は、1999 年度では 2.0%から 1.5%、2000 年度では 5.9%から 4.3%とともに減少した。逆に開始基準値を 5 から 6 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 2.0%から 1.5%、2000 年度では 5.9%から 4.3%と、ともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 1.9%から 2.3%、2000 年度では 4.1%から 5.3%と、ともに増加した。開始基準値の上下により、警報・注意報の合計は変動をみせた(1999 年度：3.8 ～ 4.1%、2000 年度：9.6 ～ 10.6%)。一方、開始基準値を 5 に固定したもとで、終息基準値を 2 から 1 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 3.0%、2000 年度では 8.1%と増加、注意報ありの割合は 1999 年度では 1.7%、2000 年度では 3.5%とともに減少した。警報・注意報の合計は 1999 年度では 4.7%、2000 年度では 11.6%と増加した。逆に終息基準値を 2 から 3 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 1.5%、2000 年度は 4.5%とともに減少し、注意報ありの割合は 1999 年度では 2.0%、2000 年度では 4.6%とともに増加した。警報・注意報の合計は 1999 年度では 3.6%、2000 年度では 9.1%と減少した。

図Ⅳ－３－53に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 5 から 4 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 6 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－３－54に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 2 から 1 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 2 から 3 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

表Ⅳ－３－40に、注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 5、終息基準値 2(提案された値に固定)としたもとで、注意報基準値を 3 から 2 に変更すると、注意報ありの割合が 1999 年度では 1.9%から 5.5%、2000 年度では 4.1%から 11.3%とともに増加した。逆に注意報基準値を 3 から 4 に変更すると、注意報ありの割合は 1999 年度では 0.5%、2000 年度では 1.2%とともに減少した。図Ⅳ－３－55に注意報の基準値を 3 から 2 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 3 から 2 に変更することにより、全体に注意報発生の数が増加した。図Ⅳ－３－ 56 に注意報の基準値を 3 から 4 に変更することによる注意報発生の週別推移の変化を示す。基準値を 3 から 4 に変更することにより、全体に注意報発生の数が減少した。

表Ⅳ－3－1　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

(咽頭結膜熱)

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	23,565	11,961	4,263	10,665	8,282	5,895	5,557
定点あたり報告数	7.84	4.12	1.76	4.39	3.42	2.42	2.30
観察延べ週数	30,888	31,482	32,640	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	28,932	30,491	32,339	31,008	31,616	32,478	33,262
(割合;%)	93.7	96.9	98.2	95.0	96.4	97.8	97.7
警報あり延べ週数	1,956	991	601	1,619	1,176	717	788
(割合;%)	6.3	3.1	1.8	5.0	3.6	2.2	2.3

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－3－1　週別の定点あたり報告数
(咽頭結膜熱)

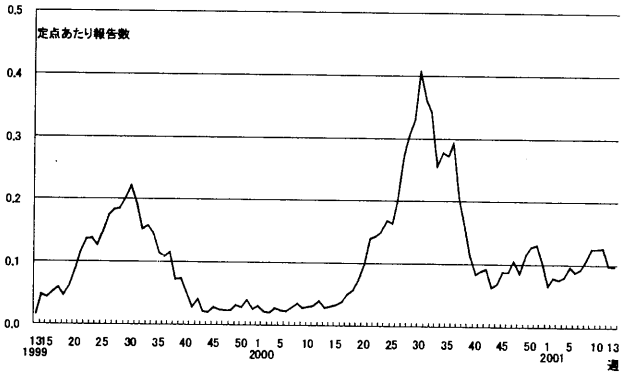
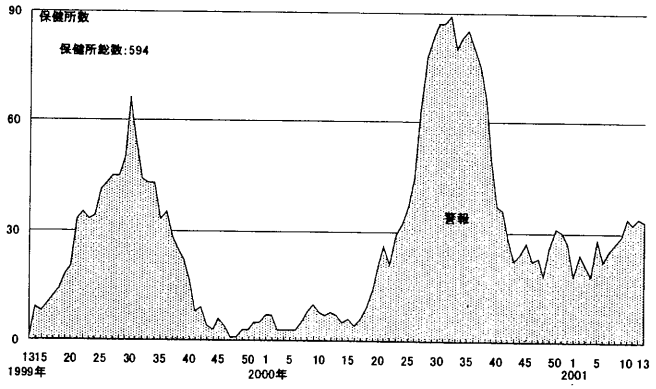


図 Ⅳ－3－2　週別の警報ありの保健所数
(咽頭結膜熱)



表Ⅳ－3－2　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（咽頭結膜熱）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	3.3	10	0.7	2.7	7	0.5
青森	2.2	10	2.4	1.8	10	2.4
岩手	1.1	8	1.5	7.8	25	4.7
宮城	4.3	23	3.7	1.8	6	0.9
秋田	3.7	10	2.1	4.2	18	3.8
山形	4.4	1	0.5	3.0	0	0.0
福島	3.1	15	3.6	1.8	8	1.9
茨城	1.7	2	0.3	2.1	8	1.3
栃木	2.9	3	1.0	1.6	1	0.3
群馬	2.9	9	1.6	3.4	10	1.7
埼玉	8.2	70	5.9	6.5	70	5.7
千葉	7.6	30	3.6	4.0	11	1.3
東京	3.7	68	3.4	2.3	27	1.3
神奈川	5.7	116	5.9	4.1	75	3.7
新潟	12.0	90	12.4	5.3	34	4.6
富山	4.1	7	2.7	2.0	2	0.8
石川	9.1	19	7.3	1.7	3	1.1
福井	8.5	20	6.4	3.1	2	0.6
山梨	4.0	13	3.1	2.2	9	2.1
長野	13.0	45	7.9	9.4	33	5.7
岐阜	4.2	8	1.9	4.1	20	4.7
静岡	15.1	85	13.6	6.2	30	4.7
愛知	4.8	51	2.8	4.2	36	1.9
三重	9.7	52	11.1	5.2	16	3.4
滋賀	5.6	13	3.6	6.4	26	7.0
京都	3.4	35	2.9	2.7	27	2.2
大阪	10.4	86	9.2	3.8	11	1.2
兵庫	12.6	211	14.0	4.3	55	3.6
奈良	3.1	14	4.5	4.4	18	5.7
和歌山	29.7	72	15.4	4.5	11	2.3
鳥取	11.8	28	17.9	11.9	32	20.1
島根	5.0	16	4.4	3.9	2	0.5
岡山	20.8	65	12.5	2.7	11	2.1
広島	14.2	74	12.9	6.4	45	7.7
山口	14.8	77	14.8	3.6	6	1.1
徳島	21.9	45	14.4	1.3	0	0.0
香川	16.5	56	13.5	2.9	13	3.1
愛媛	20.9	68	14.5	10.5	34	7.1
高知	8.5	29	5.6	7.2	27	5.1
福岡	5.2	49	4.3	4.4	62	5.3
佐賀	1.7	0	0.0	2.3	3	1.1
長崎	1.2	3	0.6	2.2	6	1.1
熊本	11.3	48	8.4	4.4	32	5.5
大分	15.7	83	16.0	5.7	12	2.3
宮崎	13.6	67	14.3	6.4	49	10.3
鹿児島	4.6	51	6.1	4.7	48	5.7
沖縄	2.6	1	0.3	1.7	0	0.0
合計	7.8	1,956	6.3	4.1	991	3.1

表Ⅳ－3－3 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

(咽頭結膜熱)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
1.0	0.1	1,956	6.3	991	3.1
0.5	0.1	3,630	11.8	2,163	6.9
2.0	0.1	1,230	4.0	499	1.6
1.0	0.05	1,967	6.4	995	3.2
1.0	0.2	1,784	5.8	943	3.0

図 Ⅳ－3－3 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(咽頭結膜熱)

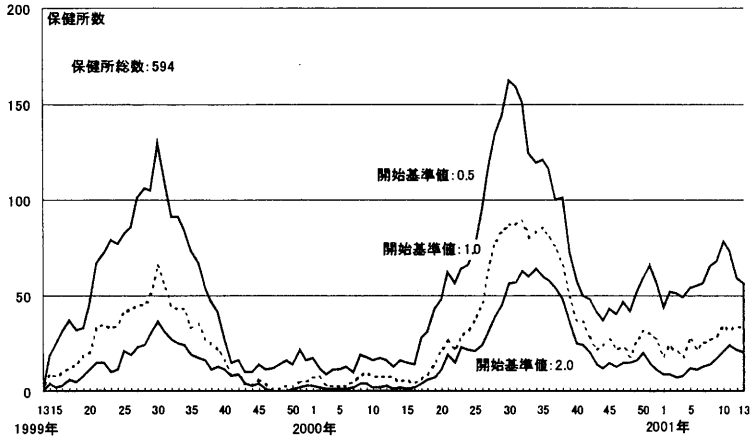
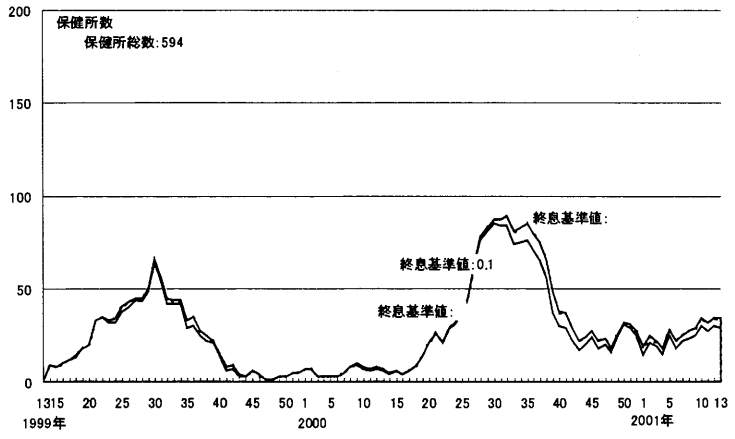


図 Ⅳ－3－4 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(咽頭結膜熱)



表Ⅳ－3－4　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

(A群溶血性レンサ球菌咽頭炎)

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	172,969	127,220	70,369	80,095	60,007	74,784	84,107
定点あたり報告数	57.60	43.81	29.13	32.99	24.71	30.67	34.88
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	28,522	30,055	31,748	30,952	31,669	31,612	32,284
(割合;%)	92.3	95.5	96.4	94.9	96.7	95.2	94.8
警報あり延べ週数	2,366	1,427	1,192	1,675	1,093	1,583	1,766
(割合;%)	7.7	4.5	3.6	5.1	4.5	4.8	5.2

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－3－5 週別の定点あたり報告数
(A群溶血性レンサ球菌咽頭炎)

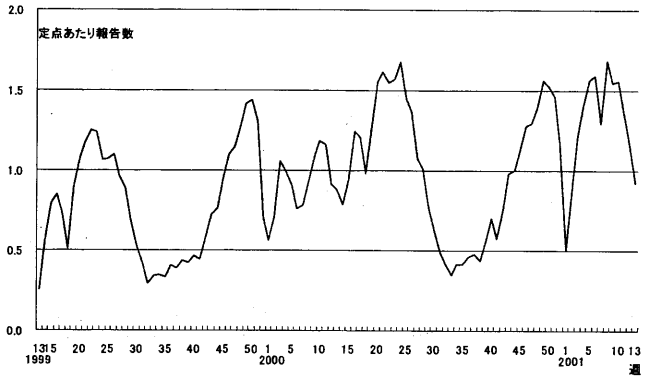
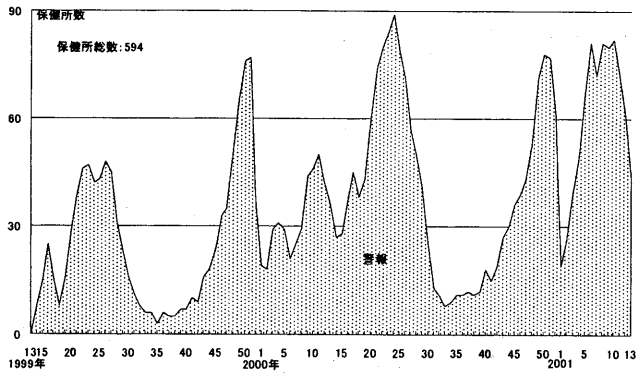


図 Ⅳ－3－6 週別の警報ありの保健所数
(A群溶血性レンサ球菌咽頭炎)



表Ⅳ－3－5　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（A群溶血性レンサ球菌咽頭炎）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	68.5	130	8.6	61.2	139	9.0
青森	31.9	0	0.0	31.0	7	1.7
岩手	48.5	44	8.5	40.5	36	6.8
宮城	76.6	76	12.2	58.2	32	5.0
秋田	61.3	14	3.0	79.7	58	12.2
山形	100.4	43	20.7	71.2	5	2.4
福島	36.9	0	0.0	31.0	1	0.2
茨城	56.9	32	5.1	38.9	11	1.7
栃木	109.4	68	21.8	45.0	5	1.6
群馬	92.4	89	15.6	61.2	44	7.5
埼玉	79.8	101	8.4	68.1	90	7.4
千葉	76.3	78	9.4	52.5	42	5.0
東京	23.5	37	1.8	19.8	21	1.0
神奈川	46.0	89	4.5	35.9	47	2.3
新潟	127.7	242	33.2	83.0	119	16.0
富山	82.0	36	13.8	56.4	11	4.2
石川	54.4	17	6.5	46.8	7	2.6
福井	83.4	30	9.6	52.2	3	0.9
山梨	41.9	18	4.3	33.6	4	0.9
長野	73.3	55	9.6	74.4	76	13.0
岐阜	63.5	72	17.3	34.2	16	3.8
静岡	50.3	23	3.7	46.2	19	3.0
愛知	56.0	138	7.6	37.4	33	1.8
三重	51.1	41	8.8	49.7	29	6.1
滋賀	61.8	39	10.7	39.0	5	1.3
京都	33.3	73	6.1	26.6	37	3.0
大阪	37.5	0	0.0	21.9	0	0.0
兵庫	46.1	122	8.1	31.5	99	6.4
奈良	38.6	25	8.0	26.5	9	2.8
和歌山	40.4	10	2.1	35.4	14	2.9
鳥取	253.6	110	70.5	170.7	57	35.8
島根	22.0	0	0.0	41.9	20	5.4
岡山	44.4	9	1.7	26.4	0	0.0
広島	47.5	20	3.5	28.8	4	0.7
山口	74.1	76	14.6	48.3	36	6.8
徳島	42.3	10	3.2	34.9	0	0.0
香川	36.1	11	2.6	21.7	0	0.0
愛媛	59.4	8	1.7	63.7	14	2.9
高知	51.9	33	6.3	43.6	19	3.6
福岡	52.2	66	5.8	44.8	87	7.5
佐賀	51.7	15	5.8	52.7	22	8.3
長崎	21.8	15	2.9	15.7	2	0.4
熊本	45.6	6	1.0	35.7	6	1.0
大分	71.4	89	17.1	94.0	70	13.2
宮崎	108.6	109	23.3	81.1	54	11.3
鹿児島	36.5	23	2.8	38.3	14	1.7
沖縄	28.1	24	6.6	14.0	3	0.8
合計	57.6	2,366	7.7	43.8	1,427	4.5

表Ⅳ－3－6　警報の基準値変更による警報の発生数の変化
(A群溶血性レンサ球菌咽頭炎)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
4.0	2.0	2,366	7.7	1,427	4.5
3.0	2.0	3,522	11.4	2,256	7.2
5.0	2.0	1,672	5.4	930	3.0
4.0	1.0	3,396	11.0	2,090	6.6
4.0	3.0	1,829	5.9	1,093	3.5

図 Ⅳ－3－7　開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(A群溶血性レンサ球菌咽頭炎)

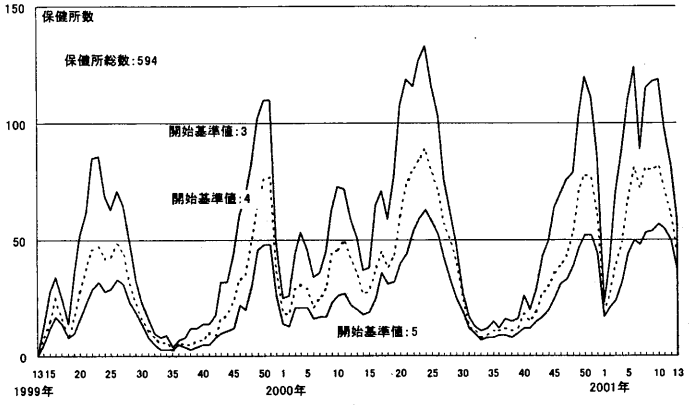
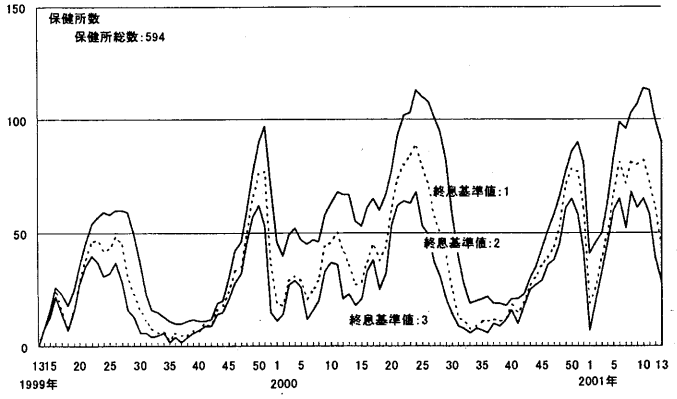


図 Ⅳ－3－8　終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(A群溶血性レンサ球菌咽頭炎)



表Ⅳ－3－7　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

（感染性胃腸炎）

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	899,650	855,652	498,374	481,748	586,809	469,333	504,533
定点あたり報告数	299.58	294.63	206.29	498.41	241.69	192.51	209.27
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,782	33,195	34,050
警報なし延べ週数	28,756	29,450	31,455	31,081	30,415	31,987	32,507
（割合；％）	93.1	93.5	95.5	95.3	92.8	96.4	95.5
警報あり延べ週数	2,132	2,032	1,485	1,547	2,377	1,208	1,543
（割合；％）	6.9	6.5	4.5	4.7	7.3	3.6	4.5

1999年度：1999年第13週～2000年第13週。
2000年度：2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年：各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数：定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。
1993年～1997年は乳児嘔吐下痢症を含む。

図 Ⅳ－3－9　週別の定点あたり報告数
（感染性胃腸炎）

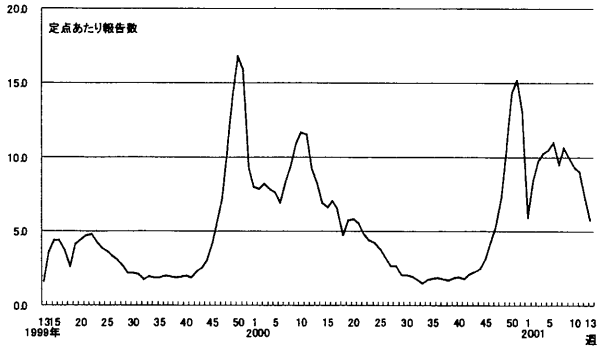
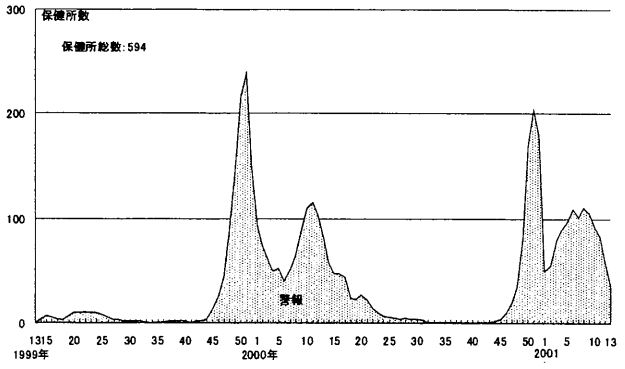


図 Ⅳ－3－10　週別の警報ありの保健所数
（感染性胃腸炎）



表Ⅳ－3－8　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（感染性胃腸炎）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	135.0	30	2.0	114.5	27	1.8
青森	126.1	1	0.2	102.5	0	0.0
岩手	190.4	13	2.5	158.1	10	1.9
宮城	459.0	104	16.7	414.4	105	16.5
秋田	324.4	16	3.4	302.3	12	2.5
山形	411.9	29	13.9	355.5	5	2.4
福島	302.1	22	5.3	259.8	32	7.5
茨城	231.6	26	4.2	227.4	18	2.8
栃木	236.2	6	1.9	324.1	28	8.8
群馬	258.0	19	3.3	258.9	31	5.3
埼玉	376.3	105	8.8	399.9	117	9.6
千葉	300.9	55	6.6	293.5	61	7.2
東京	233.1	57	2.8	262.1	101	4.9
神奈川	275.8	88	4.5	275.8	103	5.1
新潟	337.3	63	8.7	315.7	60	8.1
富山	338.6	27	10.4	268.7	11	4.2
石川	466.5	32	12.3	384.6	12	4.5
福井	491.0	50	16.0	562.3	45	14.2
山梨	198.0	1	0.2	202.9	2	0.5
長野	351.0	44	7.7	409.5	68	11.7
岐阜	173.9	14	3.4	167.2	1	0.2
静岡	337.2	36	5.8	425.9	82	12.9
愛知	253.4	63	3.5	242.2	34	1.8
三重	454.5	77	16.5	484.9	76	15.9
滋賀	175.0	0	0.0	147.8	4	1.1
京都	349.8	83	6.9	309.1	67	5.5
大阪	214.5	12	1.3	208.3	11	1.2
兵庫	354.9	124	8.2	353.8	112	7.3
奈良	284.0	6	1.9	313.4	19	6.0
和歌山	258.3	26	5.6	218.6	9	1.9
鳥取	550.8	28	17.9	560.8	33	20.8
島根	255.2	17	4.7	270.1	23	6.2
岡山	288.3	6	1.2	268.9	6	1.1
広島	332.4	60	10.5	321.9	34	5.8
山口	439.6	109	21.0	379.3	83	15.7
徳島	299.3	13	4.2	275.2	10	3.1
香川	314.2	41	9.9	235.5	12	2.8
愛媛	447.8	51	10.9	425.8	60	12.6
高知	234.5	16	3.1	210.5	16	3.0
福岡	438.5	180	15.7	437.5	163	14.0
佐賀	339.5	37	14.2	296.0	33	12.5
長崎	177.8	5	1.0	173.2	5	0.9
熊本	344.2	69	12.1	319.5	53	9.1
大分	499.7	107	20.6	474.5	67	12.6
宮崎	580.5	121	25.9	658.9	110	23.1
鹿児島	328.6	43	5.2	389.2	61	7.2
沖縄	59.1	0	0.0	52.6	0	0.0
合計	299.6	2,132	6.9	294.6	2,032	6.5

表Ⅳ－3－9 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

（感染性胃腸炎）

警報の基準値		警報あり延べ週数（%）			
開始	終息	2000年度		1999年度	
20	12	2,132	6.9	2,032	6.5
15	12	3,233	10.5	3,136	10.0
25	12	1,378	4.5	1,348	4.3
20	10	2,546	8.2	2,354	7.5
20	15	1,668	5.4	1,726	5.5

図 Ⅳ－3－11 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(感染性胃腸炎)

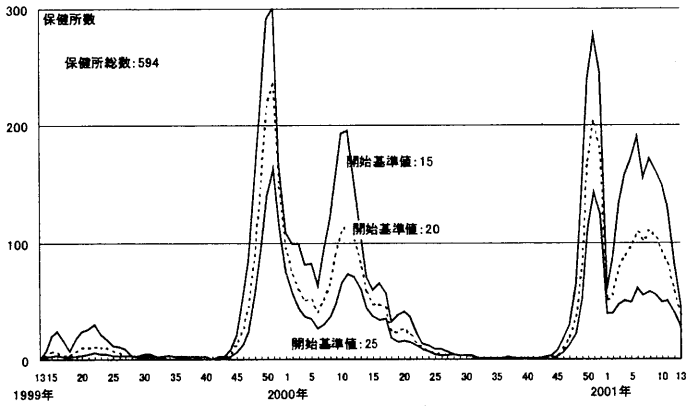
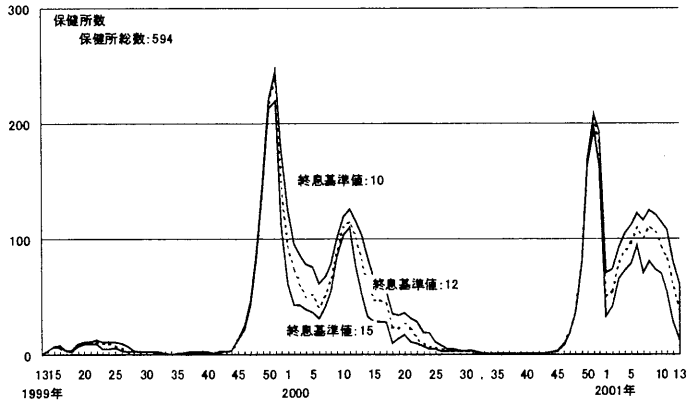


図 Ⅳ－3－12 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(感染性胃腸炎)



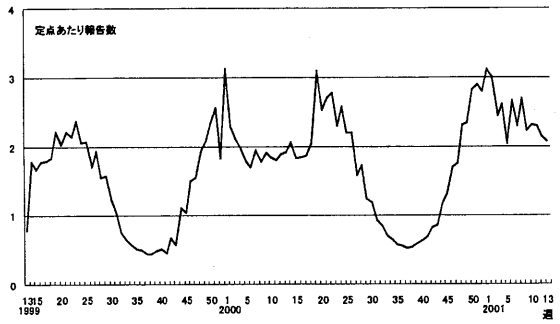
表Ⅳ－3－10　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

（水痘）

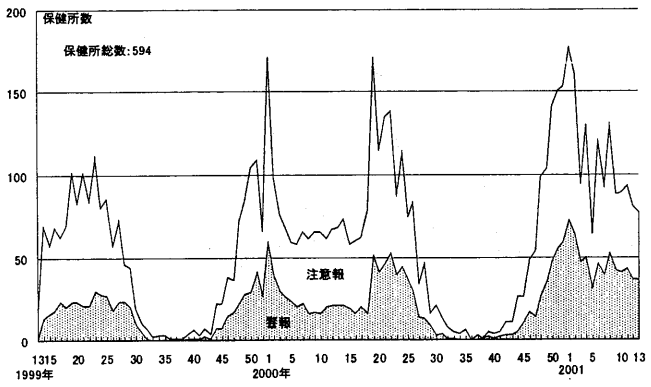
	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	293,860	244,000	186,754	178,209	186,214	190,108	185,603
定点あたり報告数	97.85	84.02	77.30	73.40	76.69	77.98	76.98
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報・注意報なし延べ週数	27,253	28,674	29,358	29,098	29,219	29,397	30,487
(割合;%)	88.2	91.1	89.1	89.2	89.1	88.6	89.5
警報あり延べ週数	1,357	894	1,539	1,516	1,497	1,499	1,400
(割合;%)	4.4	2.8	4.7	4.7	4.6	4.5	4.1
注意報あり延べ週数	2,278	1,914	2,046	2,013	2,076	2,299	2,163
(割合;%)	7.4	6.1	6.2	6.2	6.4	6.9	6.4

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図Ⅳ－3－13　週別の定点あたり報告数
(水痘)



図Ⅳ－3－14　週別の警報・注意報ありの保健所数
(水痘)



表Ⅳ－3－11　都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

（水痘）

	2000年度					1999年度				
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)
北海道	100.6	90	6.0	91	6.0	91.9	99	6.4	72	4.7
青森	118.5	33	7.9	42	10.1	82.7	9	2.1	15	3.5
岩手	88.9	28	5.4	49	9.4	86.8	20	3.8	34	6.4
宮城	114.7	51	8.2	48	7.7	108.1	21	3.3	72	11.3
秋田	88.4	17	3.6	32	6.8	87.2	17	3.6	28	5.9
山形	137.2	21	10.1	27	13.0	134.8	22	10.4	27	12.7
福島	96.2	3	0.7	41	9.9	100.5	4	0.9	42	9.9
茨城	84.2	17	2.7	31	5.0	63.0	0	0.0	8	1.3
栃木	81.1	5	1.6	10	3.2	77.4	0	0.0	8	2.5
群馬	108.9	7	1.2	66	11.5	82.9	3	0.5	31	5.3
埼玉	93.8	6	0.5	70	5.9	91.5	6	0.5	103	8.4
千葉	97.0	10	1.2	61	7.3	64.8	4	0.5	29	3.4
東京	49.9	32	1.6	47	2.3	46.7	15	0.7	61	3.0
神奈川	90.2	27	1.4	121	6.1	61.4	10	0.5	47	2.3
新潟	141.3	75	10.3	85	11.7	124.9	47	6.3	63	8.5
富山	103.6	0	0.0	30	11.5	96.4	4	1.5	16	6.0
石川	114.7	15	5.8	25	9.6	113.1	8	3.0	33	12.5
福井	123.3	17	5.4	23	7.4	127.7	14	4.4	31	9.7
山梨	69.2	1	0.2	18	4.3	44.5	2	0.5	4	0.9
長野	135.4	54	9.4	74	12.9	107.6	43	7.4	49	8.4
岐阜	88.8	5	1.2	22	5.3	71.5	3	0.7	13	3.1
静岡	115.1	39	6.3	61	9.8	111.9	23	3.6	68	10.7
愛知	98.5	86	4.7	128	7.0	83.1	37	2.0	107	5.8
三重	113.2	10	2.1	49	10.5	95.0	14	2.9	34	7.1
滋賀	80.2	6	1.6	24	6.6	57.3	0	0.0	9	2.4
京都	70.8	29	2.4	62	5.2	53.9	4	0.3	34	2.8
大阪	71.9	2	0.2	19	2.0	51.6	0	0.0	14	1.5
兵庫	104.0	81	5.4	154	10.2	89.5	66	4.3	110	7.2
奈良	97.1	3	1.0	22	7.1	89.9	0	0.0	15	4.7
和歌山	118.1	25	5.3	46	9.8	114.8	27	5.7	50	10.5
鳥取	113.8	2	1.3	17	10.9	105.4	7	4.4	14	8.8
島根	85.2	21	5.8	22	6.0	71.4	7	1.9	23	6.2
岡山	88.8	3	0.6	15	2.9	79.6	1	0.2	20	3.8
広島	79.7	3	0.5	31	5.4	74.5	7	1.2	22	3.8
山口	134.3	44	8.5	73	14.0	67.0	14	2.6	34	6.4
徳島	99.0	15	4.8	25	8.0	86.5	0	0.0	17	5.3
香川	63.3	0	0.0	14	3.4	84.9	26	6.1	33	7.8
愛媛	116.9	42	9.0	54	11.5	108.5	25	5.2	44	9.2
高知	75.4	10	1.9	21	4.0	68.8	2	0.4	27	5.1
福岡	118.8	90	7.9	111	9.7	100.7	75	6.4	100	8.6
佐賀	129.6	14	5.4	41	15.8	122.3	22	8.3	24	9.1
長崎	83.8	25	4.8	28	5.4	76.4	14	2.6	28	5.3
熊本	132.7	54	9.4	43	7.5	108.0	15	2.6	56	9.6
大分	139.2	48	9.2	72	13.8	124.1	24	4.5	62	11.7
宮崎	164.6	96	20.5	46	9.8	152.0	58	12.2	72	15.1
鹿児島	91.1	39	4.7	53	6.4	111.8	44	5.2	68	8.0
沖縄	122.4	56	15.4	34	9.3	118.1	31	8.4	43	11.6
合計	97.9	1,357	4.4	2,278	7.4	84.0	894	2.8	1,914	6.1

表Ⅳ－3－12　警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化

（水痘）

	警報の基準値		延べ週数（%）					
	開始	終息	警報	%	注意報	%	警報・注意報の合計	
2000年度								
	7	4	1,357	4.4	2,278	7.4	3,635	11.8
	6	4	1,869	6.1	1,766	5.7	3,635	11.8
	8	4	1,010	3.3	2,625	8.5	3,635	11.8
	7	3	1,756	5.7	2,123	6.9	3,879	12.6
	7	5	1,100	3.6	2,535	8.2	3,635	11.8
1999年度								
	7	4	894	2.8	1,914	6.1	2,808	8.9
	6	4	1,260	4.0	1,548	4.9	2,808	8.9
	8	4	661	2.1	2,147	6.8	2,808	8.9
	7	3	1,183	3.8	1,805	5.7	2,988	9.5
	7	5	701	2.2	2,107	6.7	2,808	8.9

図 Ⅳ－3－15　開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
（水痘）

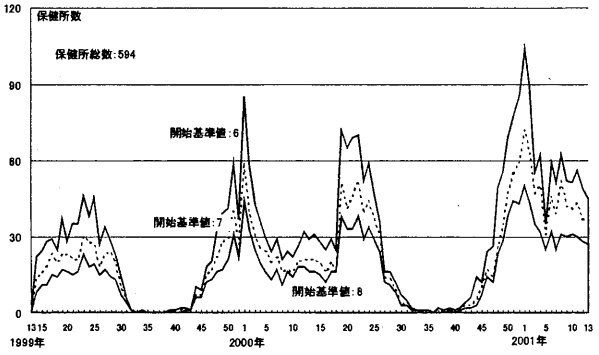
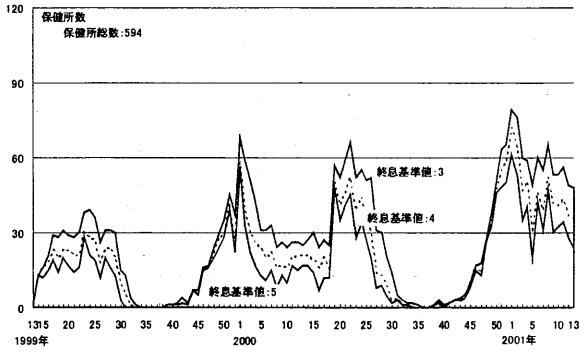


図 Ⅳ－3－16　終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
（水痘）



表Ⅳ－3－13　注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化

（水痘）

注意報の基準値	注意報あり延べ週数(%)			
	2000年度		1999年度	
4.0	2,278	7.4	1,914	6.1
3.0	5,100	16.5	4,233	13.4
5.0	984	3.2	802	2.5

図 Ⅳ－3－17　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(水痘：注意報の基準値　3)

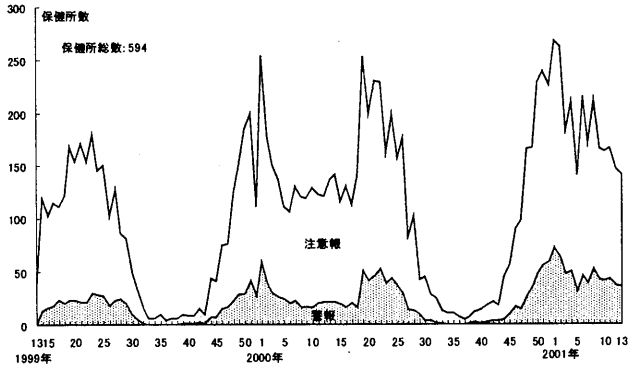
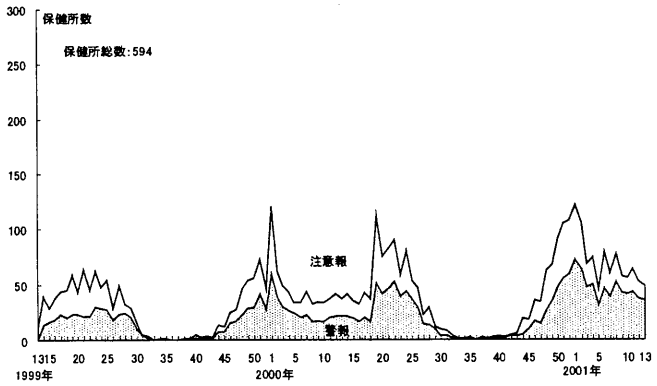


図 Ⅳ－3－18　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(水痘：注意報の基準値　5)



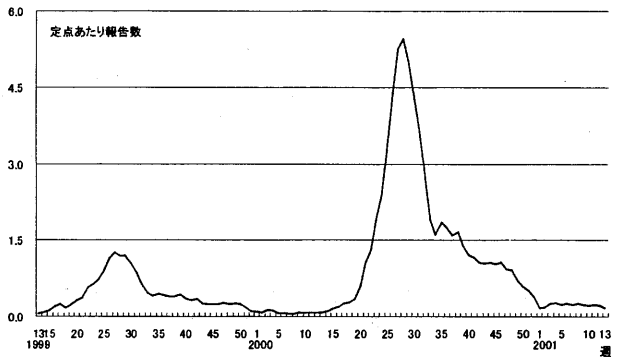
表Ⅳ－3－14　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

（手足口病）

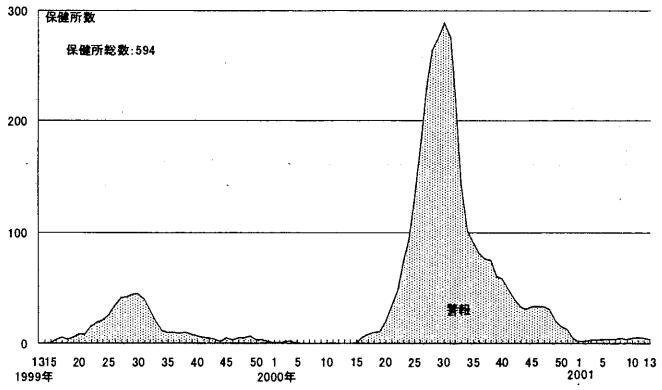
	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	210,964	54,261	92,504	54,827	158,677	24,545	75,041
定点あたり報告数	70.24	18.68	38.29	22.58	65.35	10.07	31.12
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	27,658	30,944	30,984	31,699	28,904	32,872	32,608
(割合;%)	89.5	98.3	94.1	97.2	88.1	99.0	95.8
警報あり延べ週数	3,230	538	1,956	928	3,888	323	1,442
(割合;%)	10.5	1.7	5.9	2.8	11.9	1.0	4.2

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図Ⅳ－3－19 週別の定点あたり報告数
(手足口病)



図Ⅳ－3－20 週別の警報ありの保健所数
(手足口病)



表Ⅳ－3－15　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（手足口病）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	60.0	158	10.5	4.4	0	0.0
青森	44.1	23	5.5	7.7	0	0.0
岩手	23.1	8	1.5	6.0	0	0.0
宮城	50.2	40	6.4	6.8	0	0.0
秋田	22.4	11	2.4	13.0	0	0.0
山形	145.1	53	25.5	5.1	0	0.0
福島	49.5	31	7.5	3.5	0	0.0
茨城	47.4	36	5.8	4.3	0	0.0
栃木	104.4	65	20.8	16.4	3	0.9
群馬	115.6	102	17.8	7.6	0	0.0
埼玉	87.7	165	13.8	6.7	1	0.1
千葉	63.6	60	7.2	7.6	0	0.0
東京	45.9	174	8.6	6.0	4	0.2
神奈川	61.1	172	8.7	18.9	19	0.9
新潟	53.3	36	4.9	10.2	6	0.8
富山	50.8	11	4.2	10.7	0	0.0
石川	63.9	21	8.1	8.7	0	0.0
福井	65.1	36	11.5	6.3	0	0.0
山梨	41.9	11	2.6	24.7	9	2.1
長野	80.7	89	15.6	26.5	17	2.9
岐阜	38.8	8	1.9	12.0	0	0.0
静岡	78.2	78	12.5	50.4	34	5.3
愛知	50.3	92	5.1	37.7	94	5.1
三重	84.1	62	13.2	18.0	0	0.0
滋賀	44.9	20	5.5	13.1	1	0.3
京都	46.3	70	5.9	21.8	17	1.4
大阪	64.2	115	12.3	9.9	0	0.0
兵庫	92.5	251	16.6	11.8	13	0.8
奈良	140.9	60	19.2	13.9	0	0.0
和歌山	120.7	83	17.7	7.3	0	0.0
鳥取	93.6	30	19.2	13.8	0	0.0
島根	56.4	41	11.3	5.6	0	0.0
岡山	30.6	6	1.2	14.0	0	0.0
広島	44.7	37	6.5	12.6	0	0.0
山口	74.1	83	16.0	14.7	0	0.0
徳島	68.3	32	10.3	10.3	0	0.0
香川	62.5	33	7.9	15.7	0	0.0
愛媛	74.0	62	13.2	124.5	90	18.9
高知	39.0	27	5.2	26.7	10	1.9
福岡	104.9	181	15.8	19.3	16	1.4
佐賀	176.7	57	21.9	27.0	2	0.8
長崎	85.9	62	11.9	13.1	1	0.2
熊本	172.8	112	19.6	36.4	13	2.2
大分	101.3	81	15.6	56.0	48	9.1
宮崎	95.2	75	16.0	89.5	83	17.4
鹿児島	97.0	126	15.1	42.5	51	6.0
沖縄	63.7	44	12.1	27.2	6	1.6
合計	70.2	3,230	10.5	18.7	538	1.7

表Ⅳ－3－16　警報の基準値変更による警報の発生数の変化

（手足口病）

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
5	2	3,230	10.5	538	1.7
4	2	3,781	12.2	689	2.2
6	2	2,761	8.9	433	1.4
5	1	4,203	13.6	707	2.2
5	3	2,734	8.9	461	1.5

図 Ⅳ－3－21　開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(手足口病)

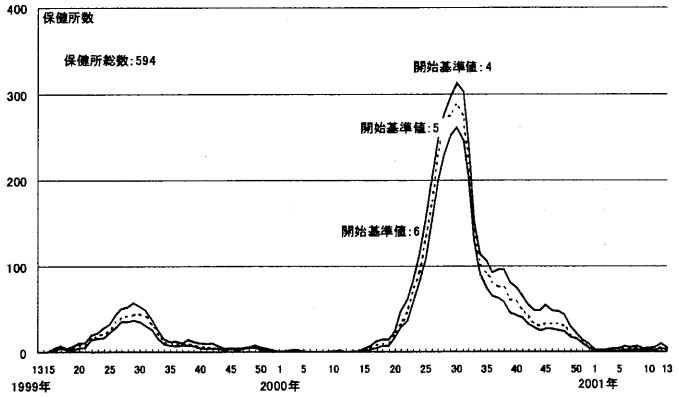
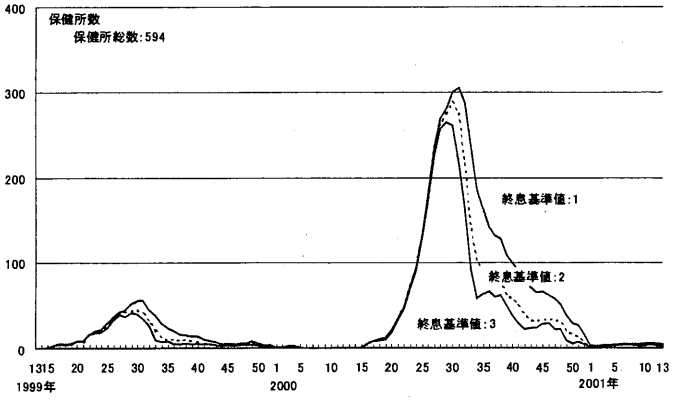


図 Ⅳ－3－22　終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(手足口病)



表Ⅳ－3－17　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

(伝染性紅斑)

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	42,967	25,094	17,012	12,850	13,905	37,688	54,815
定点あたり報告数	14.31	8.64	7.04	5.29	5.73	15.46	22.74
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	29,905	30,948	32,288	32,137	32,384	31,359	31,025
(割合;%)	96.8	98.3	98.0	98.5	98.8	94.5	91.1
警報あり延べ週数	983	534	652	490	408	1,836	3,025
(割合;%)	3.2	1.7	2.0	1.5	1.2	5.5	8.9

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－3－23 週別の定点あたり報告数
(伝染性紅斑)

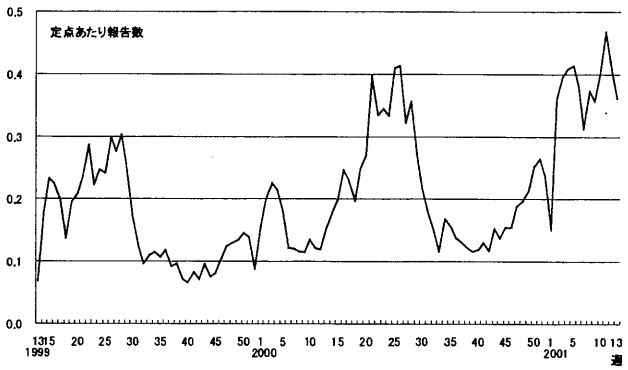
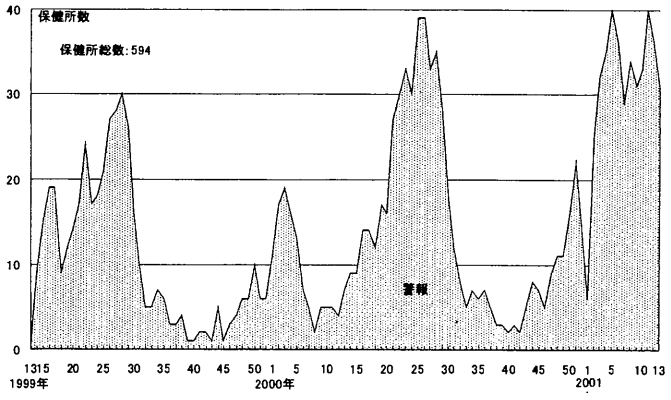


図 Ⅳ－3－24 週別の警報ありの保健所数
(伝染性紅斑)



表Ⅳ－3－18 都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（伝染性紅斑）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	17.9	52	3.4	17.6	39	2.5
青森	13.8	22	5.3	22.2	18	4.2
岩手	34.5	87	16.7	4.3	9	1.7
宮城	30.2	47	7.5	13.5	0	0.0
秋田	6.7	3	0.6	14.8	14	2.9
山形	41.3	35	16.8	5.7	0	0.0
福島	17.2	23	5.5	23.1	27	6.4
茨城	9.2	4	0.6	5.4	0	0.0
栃木	7.0	2	0.6	2.7	0	0.0
群馬	10.3	0	0.0	6.2	0	0.0
埼玉	22.9	60	5.0	7.9	7	0.6
千葉	26.3	47	5.6	8.6	0	0.0
東京	16.1	81	4.0	7.8	33	1.6
神奈川	21.7	121	6.1	11.8	24	1.2
新潟	17.1	29	4.0	30.6	72	9.7
富山	4.1	0	0.0	3.4	0	0.0
石川	12.2	13	5.0	4.0	0	0.0
福井	11.7	6	1.9	3.1	0	0.0
山梨	10.0	1	0.2	2.9	0	0.0
長野	17.5	32	5.6	22.5	32	5.5
岐阜	6.5	0	0.0	3.1	0	0.0
静岡	11.5	6	1.0	7.9	9	1.4
愛知	17.9	48	2.6	4.4	4	0.2
三重	8.3	10	2.1	2.8	5	1.0
滋賀	5.2	0	0.0	2.5	0	0.0
京都	7.2	13	1.1	2.9	2	0.2
大阪	5.9	0	0.0	2.5	0	0.0
兵庫	8.1	16	1.1	4.4	8	0.5
奈良	4.1	0	0.0	5.0	0	0.0
和歌山	3.8	0	0.0	14.4	31	6.5
鳥取	5.4	0	0.0	4.2	0	0.0
島根	3.8	5	1.4	4.2	0	0.0
岡山	6.4	1	0.2	6.1	8	1.5
広島	9.3	2	0.3	3.7	0	0.0
山口	6.7	6	1.2	2.9	0	0.0
徳島	4.3	1	0.3	4.7	1	0.3
香川	9.9	8	1.9	3.0	0	0.0
愛媛	7.1	9	1.9	4.4	12	2.5
高知	4.2	6	1.2	10.7	2	0.4
福岡	23.3	83	7.3	12.0	60	5.1
佐賀	26.5	18	6.9	17.0	24	9.1
長崎	6.2	3	0.6	3.7	0	0.0
熊本	19.5	20	3.5	9.7	0	0.0
大分	18.9	22	4.2	33.5	65	12.3
宮崎	18.5	38	8.1	4.8	6	1.3
鹿児島	4.4	3	0.4	9.9	22	2.6
沖縄	2.9	0	0.0	2.9	0	0.0
合計	14.3	983	3.2	8.6	534	1.7

表Ⅳ－3－19 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

(伝染性紅斑)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
2.0	1.0	983	3.2	534	1.7
1.5	1.0	1,451	4.7	766	2.4
3.0	1.0	467	1.5	273	0.9
2.0	0.5	1,322	4.3	738	2.3
2.0	1.5	725	2.3	435	1.4

図 Ⅳ－3－25 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(伝染性紅斑)

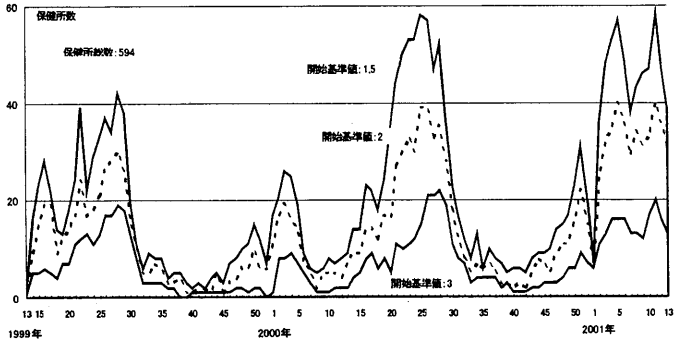
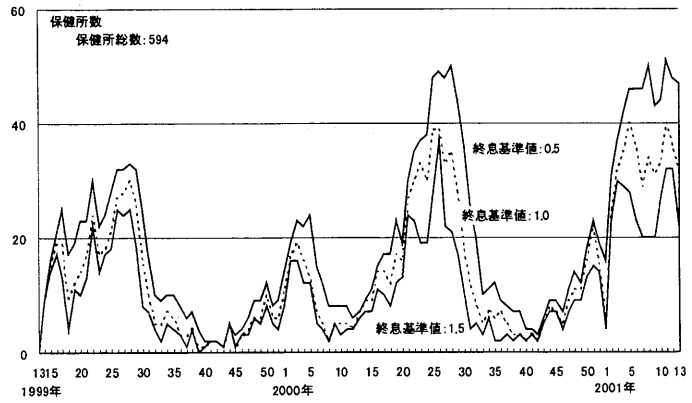


図 Ⅳ－3－26 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(伝染性紅斑)



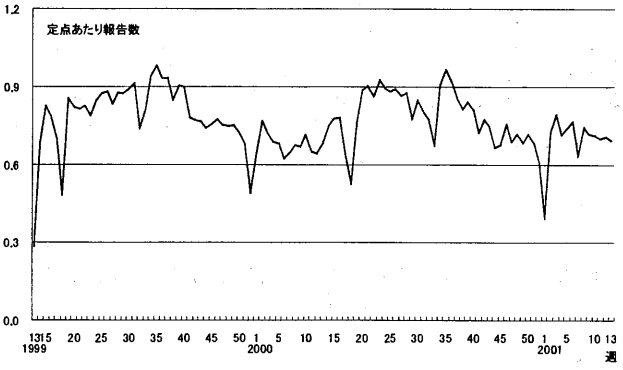
表Ⅳ－3－20　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

(突発性発疹)

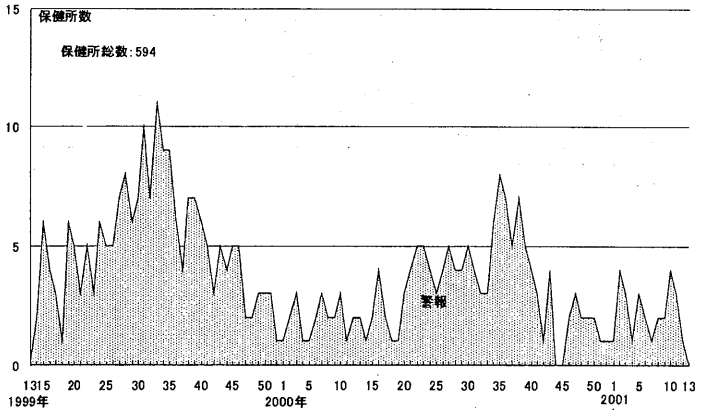
	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	128,151	124,276	86,643	89,219	85,523	83,671	86,280
定点あたり報告数	42.67	42.79	35.86	36.75	35.22	34.22	35.79
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	30,731	31,258	32,195	31,748	32,125	32,607	33,424
(割合;%)	99.5	99.3	97.7	97.3	98.0	98.2	98.2
警報あり延べ週数	157	224	745	879	667	588	626
(割合;%)	0.5	0.7	2.3	2.7	2.0	1.8	1.8

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図Ⅳ－3－27　週別の定点あたり報告数
(突発性発疹)



図Ⅳ－3－28　週別の警報ありの保健所数
(突発性発疹)



表Ⅳ－3－21　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（突発性発疹）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	33.8	3	0.2	36.4	3	0.2
青森	26.2	0	0.0	29.6	0	0.0
岩手	32.2	0	0.0	36.7	0	0.0
宮城	56.4	0	0.0	55.5	0	0.0
秋田	35.3	0	0.0	39.4	0	0.0
山形	55.4	0	0.0	53.6	0	0.0
福島	42.6	0	0.0	38.5	0	0.0
茨城	26.1	0	0.0	26.2	0	0.0
栃木	43.1	0	0.0	44.0	0	0.0
群馬	38.3	0	0.0	45.5	0	0.0
埼玉	45.3	0	0.0	51.3	8	0.7
千葉	41.1	0	0.0	35.2	0	0.0
東京	25.6	0	0.0	27.7	12	0.6
神奈川	48.7	4	0.2	47.5	14	0.7
新潟	45.8	0	0.0	49.9	0	0.0
富山	43.2	0	0.0	45.1	0	0.0
石川	40.2	0	0.0	36.1	0	0.0
福井	47.7	0	0.0	53.1	0	0.0
山梨	20.2	0	0.0	24.7	1	0.2
長野	45.6	0	0.0	47.1	0	0.0
岐阜	32.0	0	0.0	30.7	0	0.0
静岡	53.4	0	0.0	56.8	0	0.0
愛知	43.9	5	0.3	45.2	4	0.2
三重	61.6	27	5.8	67.1	18	3.8
滋賀	32.9	0	0.0	31.9	0	0.0
京都	33.1	1	0.1	33.6	0	0.0
大阪	37.5	0	0.0	33.2	0	0.0
兵庫	50.2	22	1.5	49.8	23	1.5
奈良	35.7	0	0.0	42.3	0	0.0
和歌山	43.8	0	0.0	38.8	0	0.0
鳥取	62.9	0	0.0	66.7	0	0.0
島根	30.5	0	0.0	35.6	0	0.0
岡山	37.8	0	0.0	27.2	0	0.0
広島	39.7	0	0.0	38.5	0	0.0
山口	59.9	5	1.0	47.5	15	2.8
徳島	49.0	0	0.0	50.4	0	0.0
香川	46.2	0	0.0	37.3	0	0.0
愛媛	54.5	0	0.0	62.7	2	0.4
高知	35.2	0	0.0	37.1	0	0.0
福岡	50.5	14	1.2	48.2	63	5.4
佐賀	84.1	31	11.9	84.7	44	16.6
長崎	32.0	0	0.0	35.8	0	0.0
熊本	60.0	0	0.0	61.3	0	0.0
大分	66.0	40	7.7	65.7	12	2.3
宮崎	65.3	0	0.0	66.9	2	0.4
鹿児島	42.5	5	0.6	40.4	3	0.4
沖縄	22.1	0	0.0	23.2	0	0.0
合計	42.7	157	0.5	42.8	224	0.7

表Ⅳ－3－22 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

(突発性発疹)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
4.0	2.0	157	0.5	224	0.7
3.5	2.0	454	1.5	627	2.0
4.5	2.0	51	0.2	99	0.3
4.0	1.5	208	0.7	289	0.9
4.0	2.5	98	0.3	160	0.5

図 Ⅳ－3－29 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(突発性発疹)

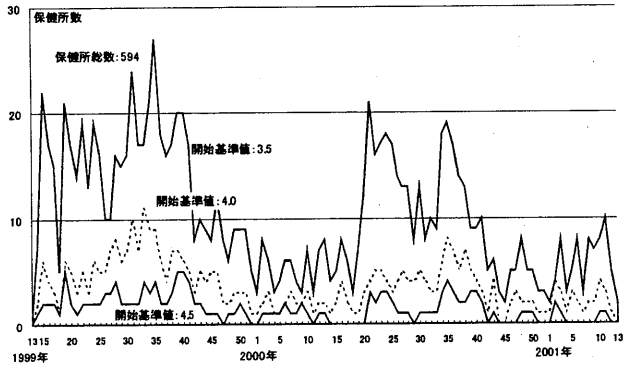
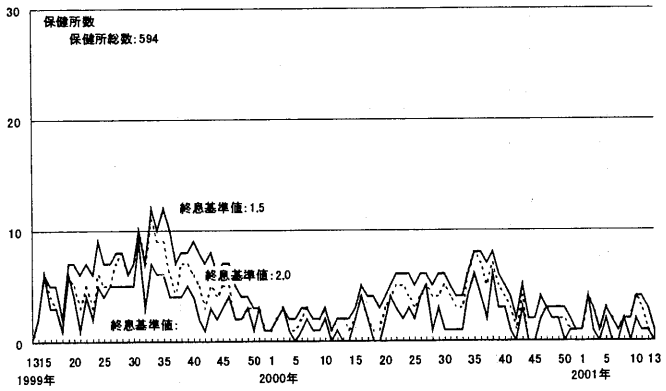


図 Ⅳ－3－30 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(突発性発疹)



表Ⅳ－3－23　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

（百日咳）

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	3,532	3,369	3,666	4,494	5,668	5,697	2,741
定点あたり報告数	1.18	1.16	1.52	1.85	2.23	2.34	1.14
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	30,766	31,388	32,592	32,144	32,106	32,560	33,769
(割合;%)	99.6	99.7	98.9	98.5	97.9	98.1	99.2
警報あり延べ週数	122	94	348	483	686	635	281
(割合;%)	0.4	0.3	1.1	1.5	2.1	1.9	0.8

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－3－31　週別の定点あたり報告数
(百日咳)

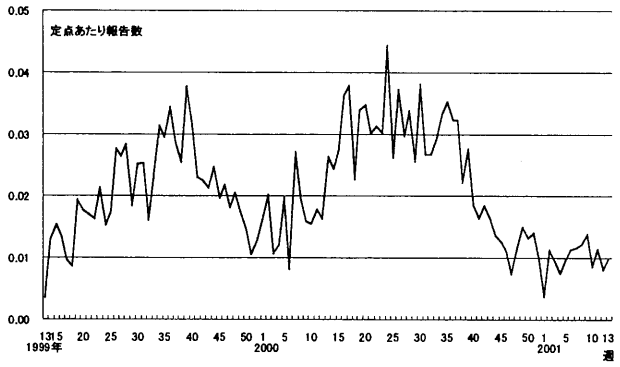
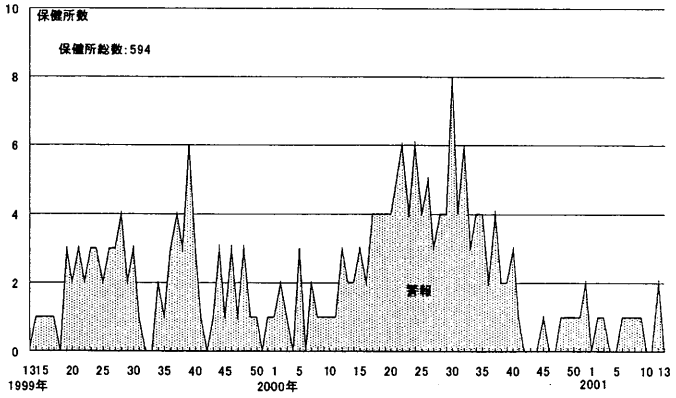


図 Ⅳ－3－32　週別の警報ありの保健所数
(百日咳)



表Ⅳ－3－24 都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（百日咳）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	0.4	0	0.0	0.4	0	0.0
青森	0.4	1	0.2	1.0	0	0.0
岩手	0.7	1	0.2	1.6	3	0.6
宮城	1.8	2	0.3	0.3	0	0.0
秋田	0.9	0	0.0	0.5	1	0.2
山形	2.0	2	1.0	2.2	5	2.4
福島	2.2	0	0.0	1.5	2	0.5
茨城	0.7	0	0.0	0.9	0	0.0
栃木	0.6	0	0.0	1.5	0	0.0
群馬	0.5	0	0.0	1.6	0	0.0
埼玉	0.8	0	0.0	1.0	1	0.1
千葉	1.0	0	0.0	1.2	5	0.6
東京	0.4	2	0.1	0.3	1	0.0
神奈川	0.5	0	0.0	0.7	0	0.0
新潟	2.5	22	3.0	1.3	2	0.3
富山	0.7	0	0.0	0.2	0	0.0
石川	1.1	0	0.0	0.1	0	0.0
福井	0.9	1	0.3	1.7	0	0.0
山梨	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0
長野	0.8	0	0.0	0.6	1	0.2
岐阜	1.2	0	0.0	1.6	1	0.2
静岡	1.5	1	0.2	2.8	0	0.0
愛知	1.1	3	0.2	1.2	1	0.1
三重	0.8	0	0.0	1.0	4	0.8
滋賀	1.3	0	0.0	1.0	0	0.0
京都	0.5	0	0.0	1.1	7	0.6
大阪	1.5	0	0.0	1.8	1	0.1
兵庫	1.4	24	1.6	1.6	10	0.7
奈良	1.2	0	0.0	1.4	0	0.0
和歌山	1.4	0	0.0	1.4	1	0.2
鳥取	1.3	0	0.0	1.1	0	0.0
島根	1.9	2	0.5	1.3	2	0.5
岡山	2.3	11	2.1	0.8	0	0.0
広島	1.7	0	0.0	1.2	0	0.0
山口	1.5	6	1.2	0.5	1	0.2
徳島	2.3	5	1.6	1.5	1	0.3
香川	1.9	3	0.7	0.3	0	0.0
愛媛	1.0	0	0.0	0.5	1	0.2
高知	2.5	0	0.0	1.9	0	0.0
福岡	1.7	11	1.0	1.7	13	1.1
佐賀	0.7	0	0.0	0.3	0	0.0
長崎	1.0	0	0.0	0.6	0	0.0
熊本	1.5	3	0.5	1.5	4	0.7
大分	3.0	12	2.3	2.3	6	1.1
宮崎	2.1	1	0.2	3.7	13	2.7
鹿児島	2.5	9	1.1	0.8	4	0.5
沖縄	0.7	0	0.0	2.3	3	0.8
合計	1.2	122	0.4	1.2	94	0.3

表Ⅳ－3－25 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

（百日咳）

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
1.0	0.1	122	0.4	94	0.3
0.8	0.1	136	0.4	108	0.3
1.5	0.1	34	0.1	26	0.1
1.0	0.05	122	0.4	94	0.3
1.0	0.2	122	0.4	94	0.3

図 Ⅳ－3－33 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(百日咳)

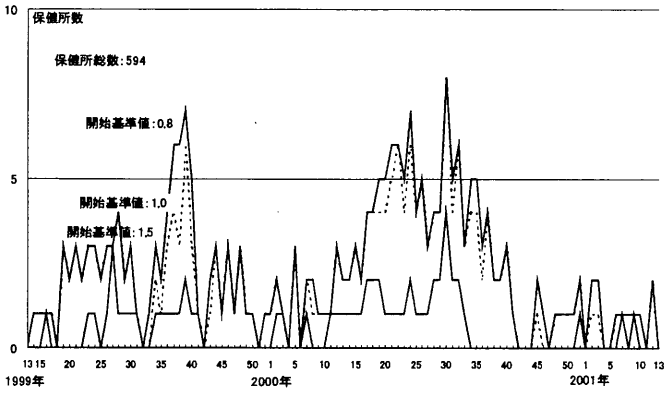
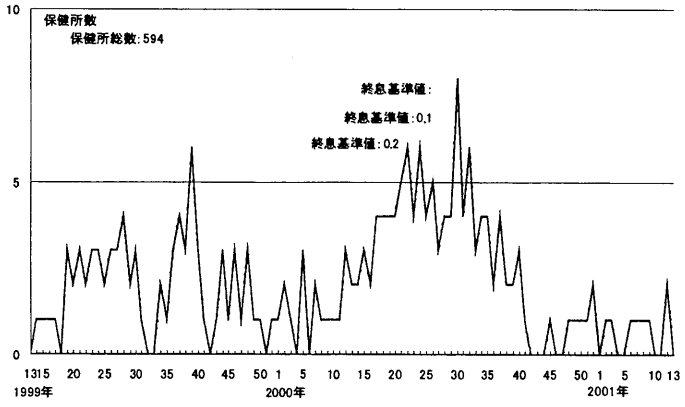


図 Ⅳ－3－34 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(百日咳)



表Ⅳ－3－26　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

(風疹)

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	3,144	3,603	147,861	35,883	16,239	26,784	47,292
定点あたり報告数	1.05	1.24	61.20	14.78	6.70	10.99	19.62
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報・注意報なし延べ週数	30,820	31,328	23,331	29,382	31,119	30,622	29,750
(割合;%)	99.7	99.5	70.8	90.1	94.9	92.3	87.4
警報あり延べ週数	17	18	6,466	1,476	547	952	2,054
(割合;%)	0.1	0.1	19.6	4.5	1.7	2.9	6.0
注意報あり延べ週数	51	136	3,143	1,769	1,126	1,621	2,246
(割合;%)	0.2	0.4	9.5	5.4	3.4	4.9	6.6

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－3－35 週別の定点あたり報告数
(風疹)

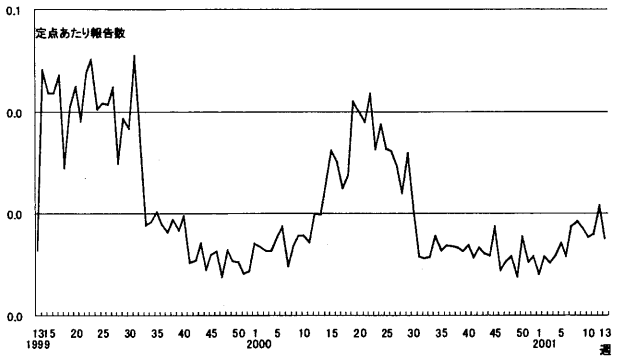
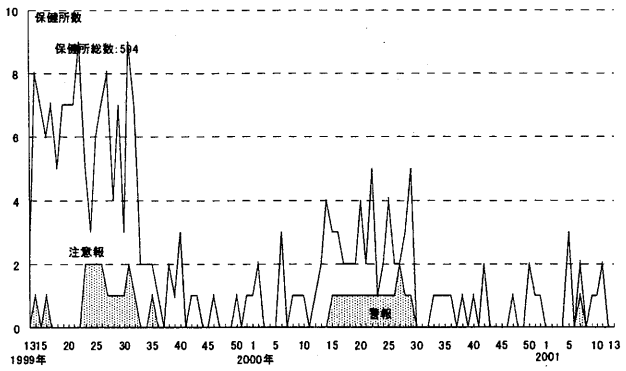


図 Ⅳ－3－36 週別の警報・注意報ありの保健所数
(風疹)



表Ⅳ－3－27 都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

(風疹)

	2000年度					1999年度				
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)
北海道	0.8	0	0.0	5	0.3	3.0	14	0.9	31	2.0
青森	1.2	0	0.0	0	0.0	2.0	0	0.0	1	0.2
岩手	0.9	0	0.0	1	0.2	0.9	0	0.0	5	0.9
宮城	0.8	0	0.0	2	0.3	1.7	1	0.2	1	0.2
秋田	0.9	0	0.0	1	0.2	0.8	0	0.0	1	0.2
山形	0.2	0	0.0	0	0.0	0.5	0	0.0	1	0.5
福島	1.0	0	0.0	0	0.0	1.0	0	0.0	0	0.0
茨城	1.4	0	0.0	0	0.0	1.7	0	0.0	2	0.3
栃木	1.0	0	0.0	0	0.0	0.8	0	0.0	0	0.0
群馬	0.5	0	0.0	1	0.2	0.9	1	0.2	1	0.2
埼玉	1.0	0	0.0	0	0.0	3.4	0	0.0	15	1.2
千葉	2.2	0	0.0	1	0.1	1.1	0	0.0	0	0.0
東京	1.4	1	0.0	10	0.5	1.7	0	0.0	20	1.0
神奈川	1.0	0	0.0	1	0.1	0.9	0	0.0	1	0.0
新潟	0.2	0	0.0	0	0.0	0.6	0	0.0	2	0.3
富山	0.5	0	0.0	0	0.0	0.6	0	0.0	0	0.0
石川	0.7	0	0.0	0	0.0	0.3	0	0.0	0	0.0
福井	0.6	0	0.0	0	0.0	1.0	0	0.0	0	0.0
山梨	0.7	0	0.0	1	0.2	0.4	0	0.0	0	0.0
長野	0.5	0	0.0	0	0.0	0.5	0	0.0	0	0.0
岐阜	0.7	0	0.0	0	0.0	0.9	0	0.0	1	0.2
静岡	0.8	0	0.0	5	0.8	1.8	0	0.0	8	1.3
愛知	0.7	0	0.0	0	0.0	0.6	0	0.0	0	0.0
三重	0.6	0	0.0	4	0.9	0.6	0	0.0	0	0.0
滋賀	1.7	0	0.0	0	0.0	2.0	0	0.0	2	0.5
京都	0.7	0	0.0	0	0.0	0.9	0	0.0	5	0.4
大阪	1.5	0	0.0	0	0.0	1.2	2	0.2	4	0.4
兵庫	0.7	0	0.0	3	0.2	1.2	0	0.0	4	0.3
奈良	0.7	0	0.0	0	0.0	0.5	0	0.0	0	0.0
和歌山	0.6	0	0.0	0	0.0	0.8	0	0.0	3	0.6
鳥取	0.3	0	0.0	0	0.0	0.6	0	0.0	0	0.0
島根	0.3	0	0.0	1	0.3	1.0	0	0.0	2	0.5
岡山	0.9	1	0.2	1	0.2	2.8	0	0.0	3	0.6
広島	1.1	0	0.0	0	0.0	1.3	0	0.0	2	0.3
山口	0.3	0	0.0	2	0.4	0.4	0	0.0	1	0.2
徳島	0.5	0	0.0	1	0.3	0.8	0	0.0	0	0.0
香川	0.6	0	0.0	0	0.0	0.9	0	0.0	1	0.2
愛媛	0.6	0	0.0	2	0.4	0.2	0	0.0	0	0.0
高知	2.2	0	0.0	1	0.2	0.7	0	0.0	5	0.9
福岡	1.1	0	0.0	2	0.2	0.7	0	0.0	4	0.3
佐賀	0.1	0	0.0	0	0.0	0.3	0	0.0	0	0.0
長崎	0.6	1	0.2	0	0.0	0.4	0	0.0	1	0.2
熊本	1.2	0	0.0	0	0.0	1.0	0	0.0	1	0.2
大分	0.7	0	0.0	0	0.0	0.4	0	0.0	2	0.4
宮崎	7.9	14	3.0	6	1.3	1.5	0	0.0	4	0.8
鹿児島	1.0	0	0.0	0	0.0	1.0	0	0.0	0	0.0
沖縄	1.1	0	0.0	0	0.0	2.7	0	0.0	2	0.5
合計	1.0	17	0.1	51	0.2	1.2	18	0.1	136	0.4

表Ⅳ－3－28 警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化

(風疹)

	警報の基準値		延べ週数(%)					
	開始	終息	警報	%	注意報	%	警報・注意報の合計	
2000年度								
	3.0	1.0	17	0.1	51	0.1	68	0.2
	2.0	1.0	23	0.1	45	0.1	68	0.2
	4.0	1.0	13	0.0	55	0.2	68	0.2
	3.0	0.5	18	0.1	51	0.2	69	0.2
	3.0	2.0	14	0.0	54	0.2	68	0.2
1999年度								
	3.0	1.0	18	0.1	136	0.4	154	0.5
	2.0	1.0	43	0.1	111	0.4	154	0.5
	4.0	1.0	11	0.0	143	0.5	154	0.5
	3.0	0.5	20	0.1	136	0.4	156	0.5
	3.0	2.0	14	0.0	140	0.4	154	0.5

図 Ⅳ－3－37 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(風疹)

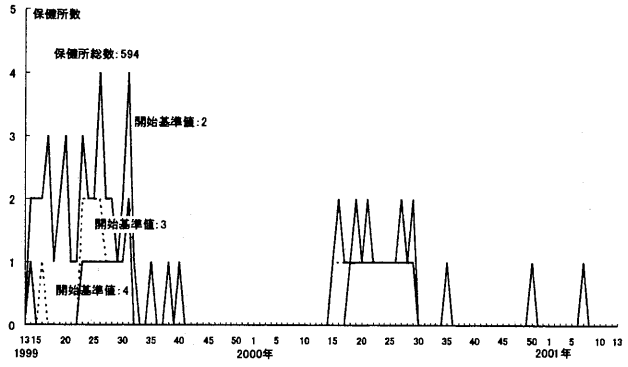
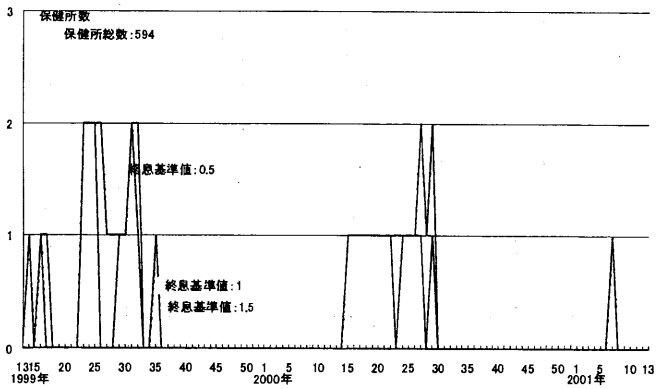


図 Ⅳ－3－38 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(風疹)



表Ⅳ－3－29 注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化

(風疹)

注意報の基準値	注意報あり延べ週数(%)			
	2000年度		1999年度	
1.0	51	0.2	136	0.4
0.5	286	0.9	441	1.4
1.5	15	0.0	46	0.1

図 Ⅳ－3－39 注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(風疹:注意報の基準値 0.5)

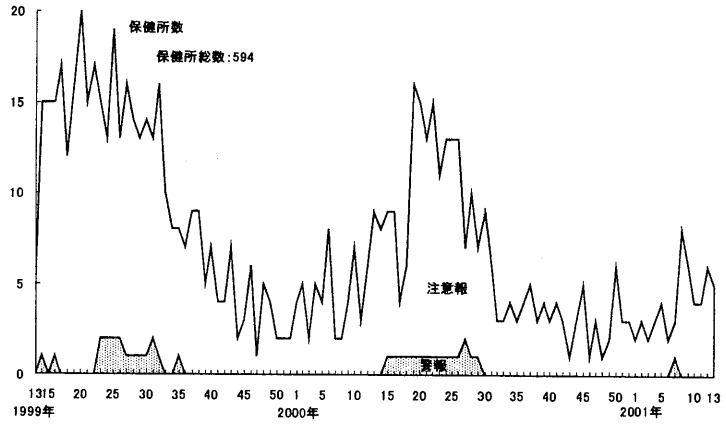
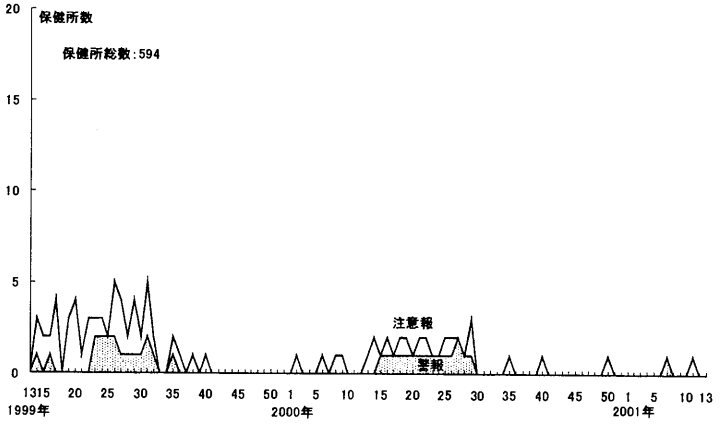


図 Ⅳ－3－40 注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(風疹:注意報の基準値 1.5)



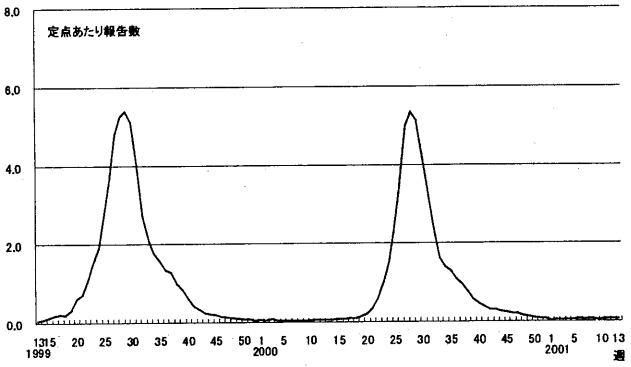
表Ⅳ－3－30　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

(ヘルパンギーナ)

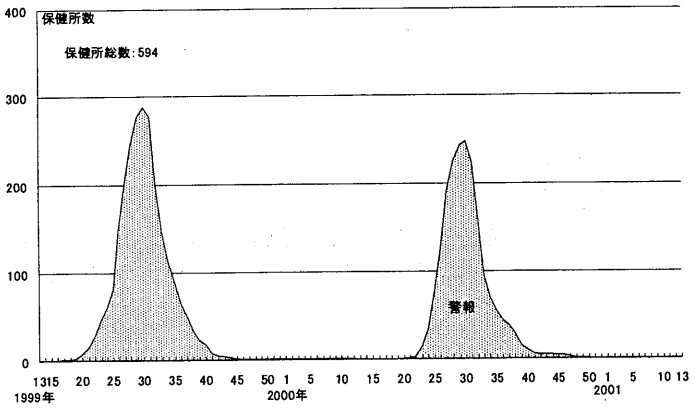
	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	147,511	156,236	72,434	89,563	79,523	96,547	87,790
定点あたり報告数	49.12	53.80	29.98	36.89	32.75	39.60	36.41
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報なし延べ週数	28,905	29,022	31,568	30,675	31,144	30,988	32,194
(割合;%)	93.7	92.2	95.8	94.0	95.0	93.4	94.6
警報あり延べ週数	1,932	2,460	1,372	1,952	1,648	2,207	1,856
(割合;%)	6.3	7.8	4.2	6.0	5.0	6.7	5.5

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図Ⅳ－3－41　週別の定点あたり報告数
(ヘルパンギーナ)



図Ⅳ－3－42　週別の警報ありの保健所数
(ヘルパンギーナ)



表Ⅳ－3－31　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（ヘルパンギーナ）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	33.2	37	2.5	45.1	125	8.1
青森	51.6	33	7.9	53.1	43	10.1
岩手	49.7	33	6.3	51.2	46	8.7
宮城	98.1	89	14.3	69.1	60	9.4
秋田	56.1	50	10.7	74.5	59	12.4
山形	35.8	0	0.0	36.0	0	0.0
福島	90.5	69	16.6	64.9	42	9.9
茨城	44.0	50	8.0	31.1	15	2.4
栃木	40.3	24	7.7	43.3	21	6.6
群馬	64.5	58	10.1	47.3	38	6.5
埼玉	69.3	116	9.7	51.2	81	6.6
千葉	82.8	97	11.7	59.0	71	8.4
東京	46.0	165	8.1	38.1	121	5.9
神奈川	61.1	184	9.3	52.8	141	7.0
新潟	94.9	101	13.9	100.1	107	14.4
富山	65.5	35	13.5	82.8	45	17.0
石川	28.3	3	1.2	52.0	22	8.3
福井	54.3	22	7.1	70.3	35	11.0
山梨	28.1	11	2.6	25.5	9	2.1
長野	80.3	83	14.5	75.1	77	13.2
岐阜	49.2	33	7.9	45.9	31	7.3
静岡	59.5	72	11.5	63.3	72	11.3
愛知	46.9	120	6.6	49.3	118	6.4
三重	46.2	19	4.1	114.3	83	17.4
滋賀	15.6	0	0.0	34.8	5	1.3
京都	19.0	12	1.0	37.3	42	3.4
大阪	28.4	0	0.0	45.3	76	8.0
兵庫	44.9	67	4.4	69.0	180	11.7
奈良	12.8	0	0.0	81.2	43	13.5
和歌山	18.9	0	0.0	110.5	70	14.7
鳥取	60.4	22	14.1	73.4	20	12.6
島根	19.9	3	0.8	39.4	23	6.2
岡山	38.8	13	2.5	37.9	25	4.7
広島	40.6	21	3.7	50.3	22	3.8
山口	47.3	42	8.1	54.8	48	9.1
徳島	24.1	2	0.6	77.4	44	13.8
香川	47.3	26	6.3	50.8	37	8.7
愛媛	68.5	33	7.1	63.5	50	10.5
高知	48.7	29	5.6	27.8	4	0.8
福岡	32.4	45	3.9	47.7	84	7.2
佐賀	53.0	15	5.8	64.0	20	7.5
長崎	21.6	4	0.8	19.0	0	0.0
熊本	54.6	32	5.6	59.2	35	6.0
大分	57.6	27	5.2	77.7	84	15.8
宮崎	58.9	25	5.3	58.8	52	10.9
鹿児島	19.5	10	1.2	39.2	34	4.0
沖縄	6.3	0	0.0	9.6	0	0.0
合計	49.1	1,932	6.3	53.8	2,460	7.8

表Ⅳ－3－32 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

(ヘルパンギーナ)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
6	2	1,932	6.3	2,460	7.8
5	2	2,289	7.4	2,855	9.1
7	2	1,714	5.5	2,112	6.7
6	1	2,444	7.9	3,223	10.2
6	3	1,644	5.3	2,048	6.5

図 Ⅳ－3－43 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(ヘルパンギーナ)

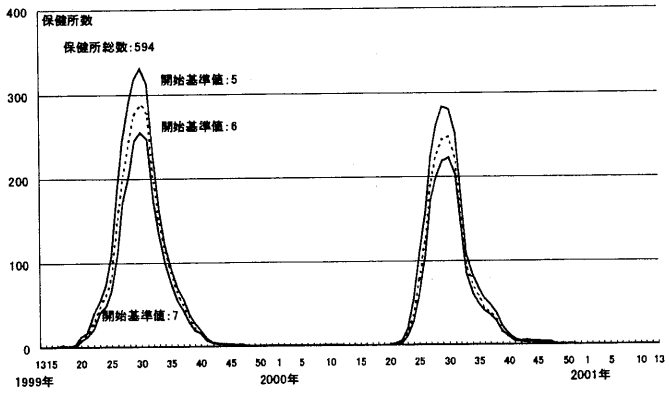
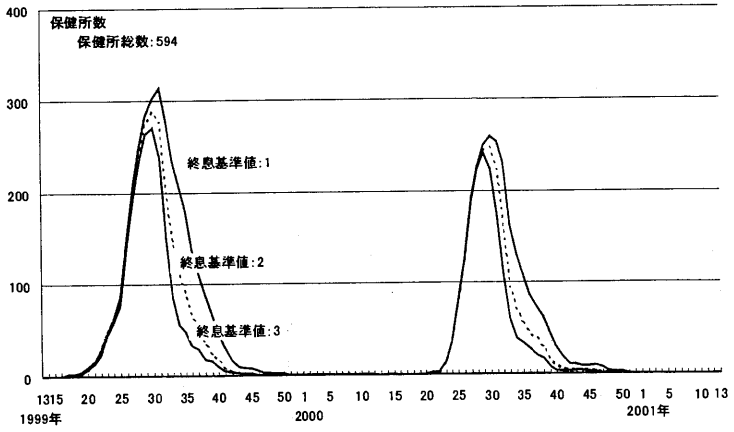


図 Ⅳ－3－44 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(ヘルパンギーナ)



表Ⅳ－3－33　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

(麻疹)

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	28,299	9,860	34,556	21,595	17,852	23,030	15,682
定点あたり報告数	9.42	3.40	14.30	8.89	7.25	9.45	6.50
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報・注意報なし延べ週数	27,762	30,332	27,444	28,625	29,458	29,203	30,841
(割合;%)	89.8	96.3	83.3	87.7	89.8	88.0	90.6
警報あり延べ週数	1,190	408	2,708	1,897	1,609	1,909	1,435
(割合;%)	3.9	1.3	8.2	5.8	4.9	5.8	4.2
注意報あり延べ週数	1,936	742	2,788	2,105	1,725	2,083	1,774
(割合;%)	6.3	2.4	8.2	6.5	5.3	6.3	5.2

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。
2000年度、1999年度は成人麻疹を含まず、1993年～1997年は成人麻疹を含む。

図 Ⅳ－3－45 週別の定点あたり報告数
(麻疹)

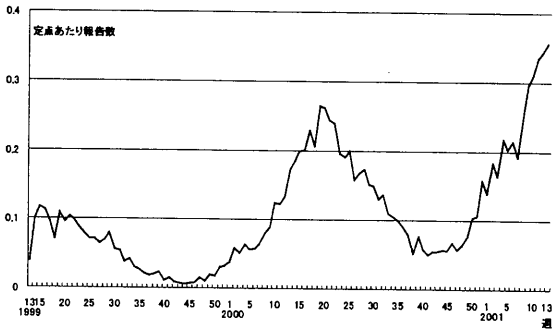
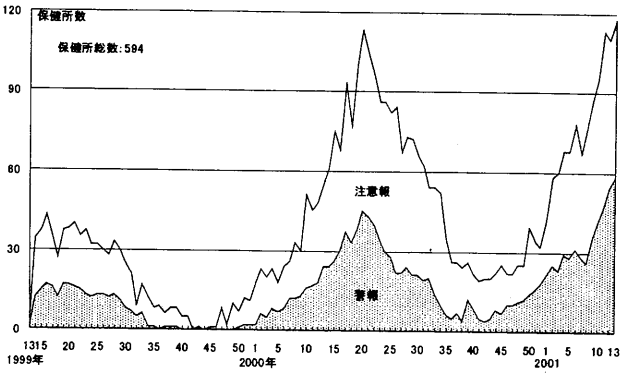


図 Ⅳ－3－46 週別の警報・注意報ありの保健所数
(麻疹)



表Ⅳ－3－34 都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

（麻疹）

	2000年度					1999年度				
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)
北海道	10.6	79	5.2	77	5.1	1.6	12	0.8	21	1.4
青森	4.0	4	1.0	17	4.1	14.4	38	9.0	24	5.7
岩手	9.1	16	3.1	21	4.0	7.0	22	4.2	25	4.7
宮城	7.2	23	3.7	21	3.4	3.8	9	1.4	13	2.0
秋田	2.3	6	1.3	11	2.4	0.5	0	0.0	3	0.6
山形	0.4	0	0.0	0	0.0	0.1	0	0.0	0	0.0
福島	12.4	19	4.6	24	5.8	5.0	3	0.7	17	4.0
茨城	9.1	21	3.4	46	7.4	7.3	22	3.5	31	4.9
栃木	11.0	27	8.7	20	6.4	5.7	7	2.2	16	5.0
群馬	2.3	3	0.5	8	1.4	1.6	2	0.3	7	1.2
埼玉	6.2	15	1.3	58	4.8	7.2	38	3.1	72	5.9
千葉	12.2	58	7.0	61	7.3	7.1	24	2.8	51	6.0
東京	4.7	36	1.8	112	5.5	2.3	9	0.4	67	3.2
神奈川	5.5	25	1.3	98	5.0	2.5	15	0.7	52	2.6
新潟	1.0	0	0.0	4	0.5	0.5	0	0.0	7	0.9
富山	1.1	0	0.0	4	1.5	0.4	0	0.0	2	0.8
石川	4.0	4	1.5	9	3.5	0.6	0	0.0	1	0.4
福井	3.3	2	0.6	11	3.5	3.5	8	2.5	7	2.2
山梨	3.1	1	0.2	18	4.3	0.4	0	0.0	4	0.9
長野	2.1	7	1.2	16	2.8	0.7	2	0.3	3	0.5
岐阜	10.5	10	2.4	43	10.3	4.5	5	1.2	15	3.5
静岡	3.7	0	0.0	37	5.9	1.1	0	0.0	12	1.9
愛知	4.6	6	0.3	101	5.5	0.8	0	0.0	8	0.4
三重	6.3	3	0.6	22	4.7	0.5	0	0.0	0	0.0
滋賀	14.3	34	9.3	24	6.6	6.9	20	5.4	13	3.5
京都	4.3	12	1.0	68	5.7	1.3	0	0.0	30	2.5
大阪	21.3	96	10.3	144	15.4	6.7	15	1.6	61	6.4
兵庫	7.3	48	3.2	81	5.4	3.5	15	1.0	37	2.4
奈良	34.5	76	24.4	73	23.4	1.3	0	0.0	2	0.6
和歌山	17.0	48	10.3	53	11.3	4.9	13	2.7	12	2.5
鳥取	4.7	3	1.9	8	5.1	0.5	0	0.0	0	0.0
島根	3.4	0	0.0	12	3.3	0.6	1	0.3	1	0.3
岡山	11.4	25	4.8	46	8.8	1.5	0	0.0	3	0.6
広島	8.7	21	3.7	53	9.3	1.5	3	0.5	8	1.4
山口	4.1	0	0.0	20	3.8	0.4	0	0.0	1	0.2
徳島	4.8	9	2.9	25	8.0	2.0	6	1.9	4	1.3
香川	16.9	43	10.3	43	10.3	9.8	18	4.2	30	7.1
愛媛	3.9	2	0.4	26	5.6	0.5	1	0.2	2	0.4
高知	66.4	129	24.8	66	12.7	1.3	2	0.4	6	1.1
福岡	18.7	95	8.3	151	13.2	0.8	2	0.2	13	1.1
佐賀	3.1	1	0.4	4	1.5	1.1	0	0.0	0	0.0
長崎	2.6	6	1.2	13	2.5	1.2	4	0.8	6	1.1
熊本	11.6	29	5.1	20	3.5	0.8	1	0.2	0	0.0
大分	38.6	97	18.7	65	12.5	0.9	0	0.0	5	0.9
宮崎	5.1	6	1.3	26	5.6	2.4	7	1.5	11	2.3
鹿児島	10.4	36	4.3	36	4.3	0.7	1	0.1	13	1.5
沖縄	11.3	9	2.5	40	11.0	29.8	83	22.4	26	7.0
合計	9.4	1,190	3.9	1,936	6.3	3.4	408	1.3	742	2.4

表Ⅳ－3－35 警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化

（麻疹）

	警報の基準値		延べ週数(%)					
	開始	終息	警報	%	注意報	%	警報・注意報の合計	
2000年度								
	1.5	0.5	1,190	3.9	1,936	6.3	3,126	10.1
	1.0	0.5	1,888	6.1	1,238	4.0	3,126	10.1
	2.0	0.5	925	3.0	2,201	7.1	3,126	10.1
	1.5	0.2	1,498	4.8	1,830	5.9	3,328	10.8
	1.5	1.0	931	3.0	2,195	7.1	3,126	10.1
1999年度								
	1.5	0.5	408	1.3	753	2.4	1,161	3.7
	1.0	0.5	624	2.0	537	1.7	1,161	3.7
	2.0	0.5	280	0.9	881	2.8	1,161	3.7
	1.5	0.2	503	1.6	717	2.3	1,220	3.9
	1.5	1.0	312	1.0	849	2.7	1,161	3.7

図 Ⅳ－3－47 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(麻疹)

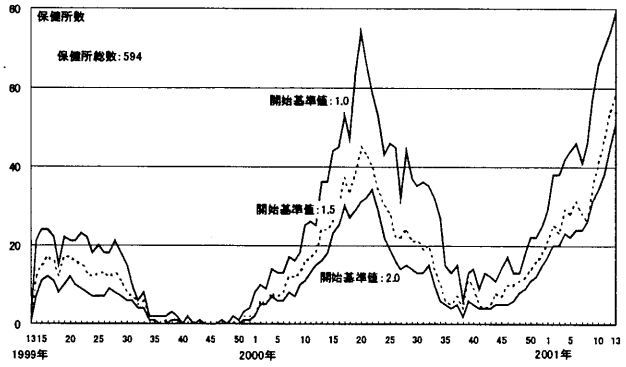
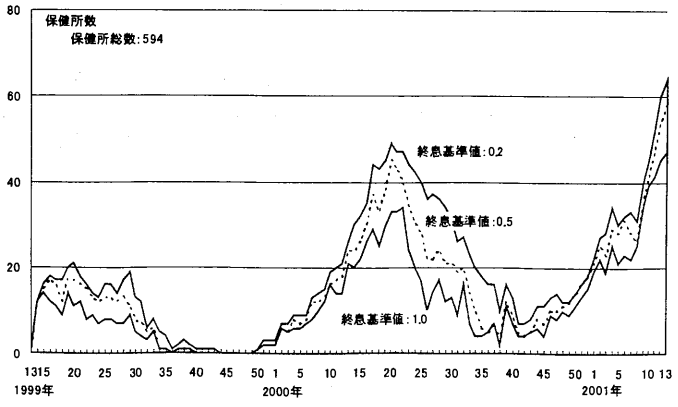


図 Ⅳ－3－48 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(麻疹)

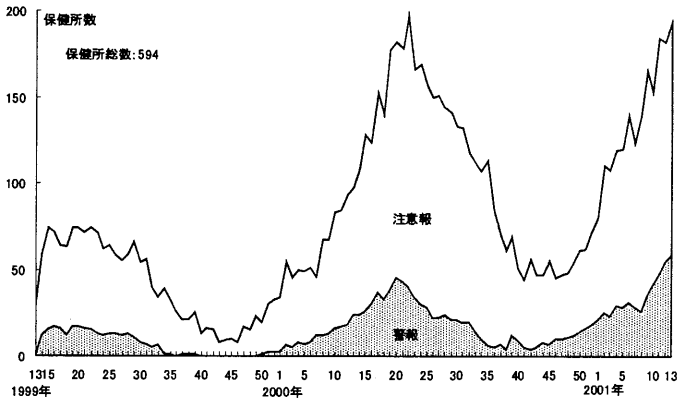


表Ⅳ－3－36　注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化

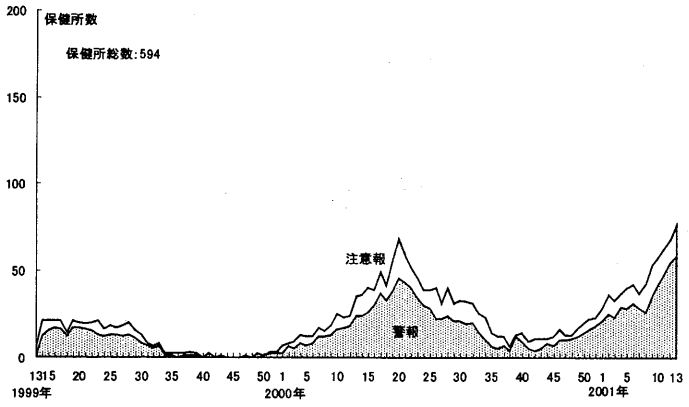
（麻疹）

注意報の基準値	注意報あり延べ週数(%)			
	2000年度		1999年度	
0.5	1,936	6.3	753	2.4
0.2	4,777	15.5	2,063	6.6
1.0	519	1.7	179	0.6

図Ⅳ－3－49　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(麻疹:注意報の基準値　0. 2)



図Ⅳ－3－50　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(麻疹:注意報の基準値　1. 0)



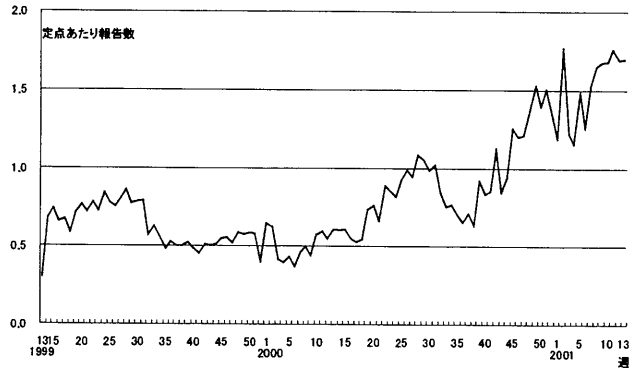
表Ⅳ－3－37　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

（流行性耳下腺炎）

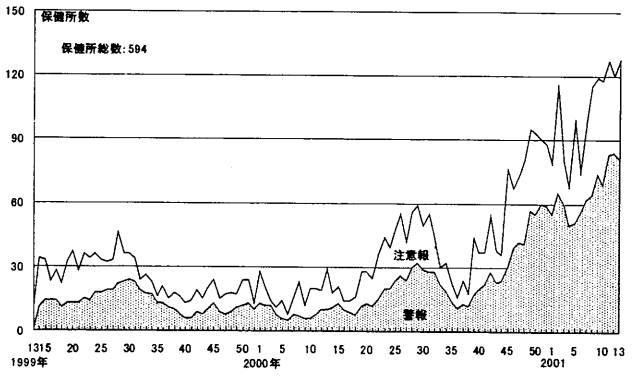
	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	174,580	89,697	92,240	127,778	70,921	112,708	150,385
定点あたり報告数	58.13	30.89	38.18	52.63	29.21	46.23	62.37
観察延べ週数	30,888	31,482	32,940	32,627	32,792	33,195	34,050
警報・注意報なし延べ週数	27,805	30,252	30,241	28,725	30,982	29,771	29,240
(割合;%)	90.0	96.1	91.8	88.0	94.5	89.7	85.9
警報あり延べ週数	1,826	641	1,666	2,688	1,122	2,099	3,224
(割合;%)	5.9	2.0	5.1	8.2	3.4	6.3	9.5
注意報あり延べ週数	1,257	589	1,033	1,214	688	1,325	1,586
(割合;%)	4.1	1.9	3.1	3.7	2.1	4.0	4.7

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図Ⅳ－3－51　週別の定点あたり報告数
(流行性耳下腺炎)



図Ⅳ－3－52　週別の警報・注意報ありの保健所数
(流行性耳下腺炎)



表Ⅳ－3－38 都道府県別、警報・注意報の発生状況と定点あたり報告数

（流行性耳下腺炎）

	2000年度					1999年度				
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	注意報あり延べ週数	(%)
北海道	71.6	179	11.9	52	3.4	34.8	23	1.5	27	1.8
青森	61.7	2	0.5	21	5.0	31.0	3	0.7	13	3.1
岩手	20.8	0	0.0	12	2.3	17.0	0	0.0	2	0.4
宮城	11.2	0	0.0	1	0.2	18.2	4	0.6	5	0.8
秋田	26.0	5	1.1	7	1.5	24.5	2	0.4	10	2.1
山形	35.1	4	1.9	8	3.8	25.2	8	3.8	10	4.7
福島	21.5	0	0.0	4	1.0	16.4	0	0.0	2	0.5
茨城	41.9	2	0.3	17	2.7	15.1	0	0.0	2	0.3
栃木	19.7	0	0.0	0	0.0	12.1	0	0.0	0	0.0
群馬	85.5	49	8.6	58	10.1	62.8	26	4.5	34	5.8
埼玉	107.8	181	15.1	98	8.2	32.7	6	0.5	15	1.2
千葉	73.3	35	4.2	75	9.0	28.3	8	0.9	8	0.9
東京	40.6	70	3.5	67	3.3	21.4	17	0.8	33	1.6
神奈川	71.8	122	6.2	133	6.7	23.1	0	0.0	11	0.5
新潟	93.2	93	12.8	49	6.7	21.0	0	0.0	1	0.1
富山	18.2	0	0.0	1	0.4	5.7	0	0.0	0	0.0
石川	16.9	0	0.0	0	0.0	4.3	0	0.0	0	0.0
福井	138.3	58	18.6	15	4.8	10.4	0	0.0	0	0.0
山梨	14.1	0	0.0	1	0.2	5.8	0	0.0	0	0.0
長野	34.3	2	0.3	14	2.4	33.0	6	1.0	18	3.1
岐阜	46.4	0	0.0	2	0.5	28.9	4	0.9	4	0.9
静岡	98.1	99	15.9	39	6.3	44.8	22	3.5	9	1.4
愛知	55.1	83	4.6	70	3.8	22.4	5	0.3	3	0.2
三重	81.9	48	10.3	22	4.7	35.4	3	0.6	12	2.5
滋賀	37.4	0	0.0	9	2.5	27.9	0	0.0	6	1.6
京都	43.1	64	5.4	39	3.3	22.7	25	2.1	16	1.3
大阪	49.1	3	0.3	21	2.2	19.3	0	0.0	4	0.4
兵庫	49.3	42	2.8	49	3.2	70.8	216	14.1	75	4.9
奈良	40.5	0	0.0	0	0.0	45.5	2	0.6	9	2.8
和歌山	20.4	8	1.7	8	1.7	61.8	24	5.0	24	5.0
鳥取	51.5	3	1.9	3	1.9	75.3	0	0.0	21	13.2
島根	59.7	52	14.3	13	3.6	41.5	3	0.8	11	3.0
岡山	27.2	0	0.0	0	0.0	30.7	9	1.7	15	2.8
広島	49.8	43	7.5	15	2.6	41.7	37	6.3	11	1.9
山口	109.5	131	25.2	36	6.9	64.5	71	13.4	32	6.0
徳島	18.2	0	0.0	4	1.3	14.2	2	0.6	3	0.9
香川	64.4	21	5.0	29	7.0	27.4	5	1.2	4	0.9
愛媛	34.4	14	3.0	14	3.0	31.4	12	2.5	9	1.9
高知	43.2	21	4.0	8	1.5	67.1	26	4.9	24	4.5
福岡	87.0	110	9.6	97	8.5	23.4	7	0.6	22	1.9
佐賀	99.3	40	15.4	36	13.8	27.4	0	0.0	5	1.9
長崎	31.5	18	3.5	12	2.3	30.3	0	0.0	6	1.1
熊本	155.2	172	30.1	49	8.6	27.9	1	0.2	2	0.3
大分	42.0	23	4.4	13	2.5	20.1	0	0.0	12	2.3
宮崎	50.4	14	3.0	21	4.5	74.4	46	9.6	22	4.6
鹿児島	20.5	4	0.5	13	1.6	32.7	18	2.1	35	4.1
沖縄	22.7	11	3.0	2	0.5	14.1	0	0.0	2	0.5
合計	58.1	1,826	5.9	1,257	4.1	30.9	641	2.0	589	1.9

表Ⅳ－3－39 警報の基準値変更による警報・注意報の発生数の変化

（流行性耳下腺炎）

	警報の基準値		延べ週数(%)					
	開始	終息	警報	%	注意報	%	警報・注意報の合計	
2000年度								
	5.0	2.0	1,826	5.9	1,257	4.1	3,083	10.0
	4.0	2.0	2,549	8.3	722	2.3	3,271	10.6
	6.0	2.0	1,343	4.3	1,637	5.3	2,980	9.6
	5.0	1.0	2,508	8.1	1,074	3.5	3,582	11.6
	5.0	3.0	1,395	4.5	1,421	4.6	2,816	9.1
1999年度								
	5.0	2.0	641	2.0	589	1.9	1,230	3.9
	4.0	2.0	919	2.9	379	1.2	1,298	4.1
	6.0	2.0	474	1.5	722	2.3	1,196	3.8
	5.0	1.0	940	3.0	540	1.7	1,480	4.7
	5.0	3.0	478	1.5	640	2.0	1,118	3.6

図 Ⅳ－3－53 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(流行性耳下腺炎)

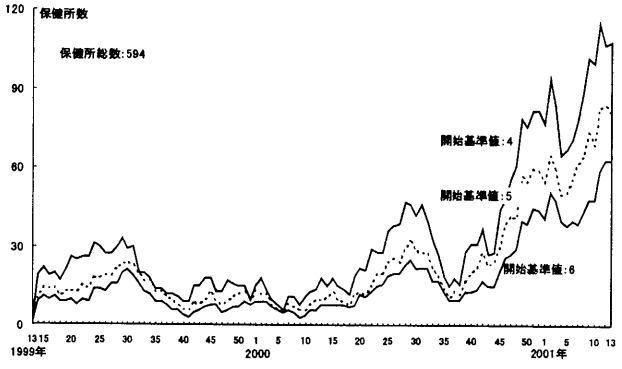
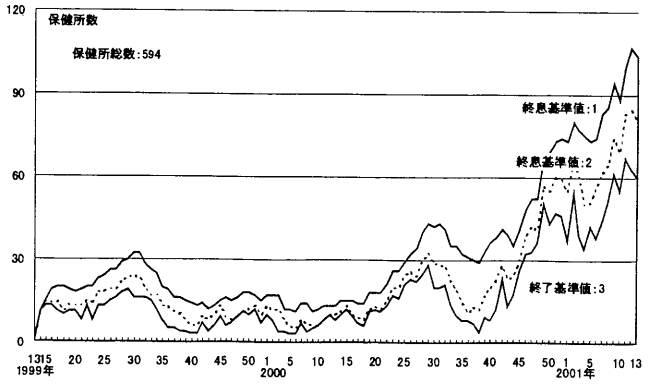


図 Ⅳ－3－54 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(流行性耳下腺炎)

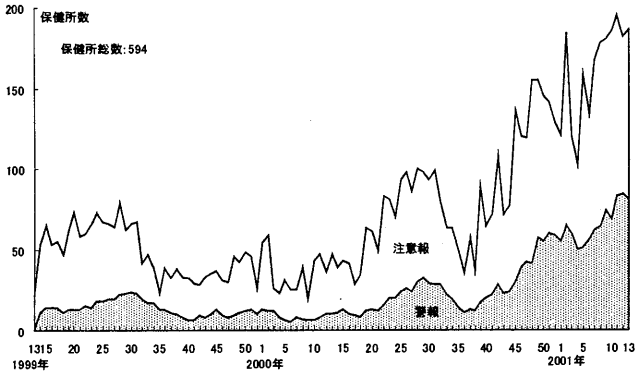


表Ⅳ－3－40　注意報の基準値変更による注意報の発生数の変化

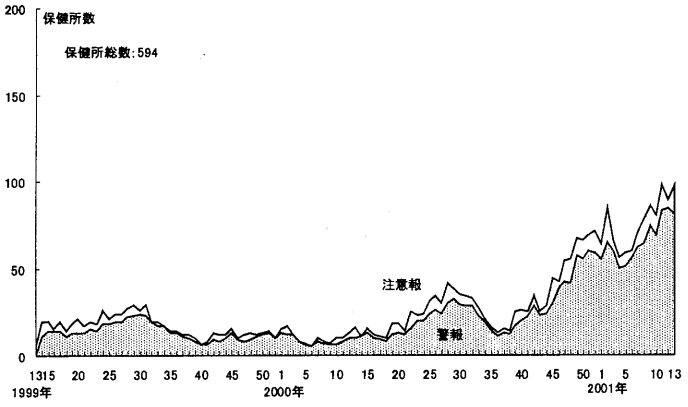
（流行性耳下腺炎）

注意報の基準値	注意報あり延べ週数(%)			
	2000年度		1999年度	
3.0	1,257	4.1	589	1.9
2.0	3,489	11.3	1,745	5.5
4.0	356	1.2	155	0.5

図Ⅳ－3－55　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(流行性耳下腺炎：注意報の基準値　2)



図Ⅳ－3－56　注意報の変化に伴う注意報の発生状況の変化
(流行性耳下腺炎：注意報の基準値　4)



Ⅳ－４．眼科定点対象疾患の解析結果

眼科定点の２対象疾患ごとに、全国の発生状況、1999,2000 年度と 1993 ～ 1997 年の発生状況の比較、都道府県間の発生状況の比較、基準値変更に伴う発生状況の変化をまとめる。

１）急性出血性結膜炎

図Ⅳ－４－１に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－４－２に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークが多数存在した。

表Ⅳ－４－１に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 1.30、最大 20.31)と比較すると、1999 年度は 2.39、2000 年度は 2.19 と 1993 ～ 1997 年より高かった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 1.7%、最大 3.0%)と比較すると、1999 年度は 2.5%、2000 年度は 2.3%と 1993 ～ 1997 年より高かった。

表Ⅳ－４－２に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では長崎県(32.8)、宮城県(4.5)、広島県(4.4)の順に大きく、逆に、鳥取県(0.0)、福井県(0.3)、福岡県(0.4)の順に小さかった。2000 年度では、長崎県(32.8)、長野県(6.0)、山口県(5.8)の順に大きく、鳥取県(0.0)、石川県(0.3)、富山県(0.4)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では長崎県(25.5%)、宮城県(7.8%)、山梨県(6.6%)、長野県(6.6%)の順に大きく、４県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、長崎県(24.4%)、長野県(9.4%)、福井県(5.8%)の順に大きく、４県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－４－３に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 1.0、終息基準値 0.1 は提案されたものである。終息基準値を 0.1 に固定したもとで開始基準値を 1.0 から 0.8 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 2.5%から 2.5%、2000 年度では 2.3%から 2.3%と、ともに不変であった。逆に開始基準値を 1.0 から 1.5 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 0.8%に、2000 年度では 0.8%にともに減少した。開始基準値を 1.0 に固定したもとで終息基準値を 0.1 から 0.05 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 2.5%から 2.5%と、2000 年度では 2.3%から 2.3%と不変であった。逆に終息基準値を 0.1 から 0.2 に変更しても、警報ありの割合は 1999 年度では 2.5%、2000 年度では 2.3%と不変であった。

図Ⅳ－４－３に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 1.0 から 0.8 へ変更しても全体的な警報発生数は不変であり、逆に開始基準値を 1.5 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－４－４に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 0.1 から 0.05、0.2 に変更しても発生状況に違いがみられなかった。

２）流行性角結膜炎

図Ⅳ－４－５に週別、定点あたり報告数、図Ⅳ－４－６に週別の警報ありの保健所数を示す。定点あたり報告数と警報あり保健所数の推移は比較的よく一致していた。定点あたり報告数のピークとして、いくつか存在した。

表Ⅳ－４－４に 2000,1999 年度と 1993 ～ 1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。1993 ～ 1997 年の定点あたり報告数(最小 41.93、最大 70.72)と比較すると、1999 年度は 51.43、2000 年度は 66.90 と 1993 ～ 1997 年の範囲内であった。警報あり延べ週数の割合は 1993 ～ 1997 年(最小 2.3%、最大 5.0%)と比較すると、1999 年度は 1.7%と低く、2000 年度は 4.1%と 1993 ～ 1997 年

の範囲内であった。

表Ⅳ－４－５に、都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数を示す。定点あたり報告数をみると、1999 年度では茨城県(139.5)、愛媛県(126.0)、宮崎県(110.0)の順に大きく、逆に、福井県(4.3)、宮城県(17.4)、鳥取県(19.0)の順に小さかった。2000 年度では、茨城県(192.8)、宮崎県(160.5)、愛媛県(144.1)の順に大きく、鳥取県(13.0)、山梨県(14.7)、富山県(15.6)の順に小さかった。

観察延べ週数に占める警報ありの割合は、1999 年度では愛媛県(10.6%)、長崎県(10.7%)、茨城県(14.8%)の順に大きく、19 県で最小の 0.0%であった。2000 年度では、茨城県(25.3%)、長崎県(23.1%)、栃木県(19.9%)の順に大きく、13 県で最小の 0.0%であった。

表Ⅳ－４－６に警報の基準値変更による警報の発生数の変化を示す。警報の開始基準値 8、終息基準値 4 は提案されたものである。終息基準値を 4 に固定したもとで開始基準値を 8 から 7 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.7%から 2.2%に、2000 年度では 4.1%から 4.9%に、ともに増加した。逆に開始基準値を 8 から 9 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 3.4%に、2000 年度では 1.4%にともに減少した。開始基準値を 8 に固定したもとで終息基準値を 4 から 3 に変更すると、警報ありの割合が 1999 年度では 1.7%から 2.2%に、2000 年度では 4.1%から 4.6%にともに増加した。逆に終息基準値を 4 から 5 に変更すると、警報ありの割合は 1999 年度では 1.5%に、2000 年度では 3.4%に減少した。

図Ⅳ－４－７に警報の開始基準値変更による警報発生の週別推移の変化を示す。開始基準値を 8 から 7 へ変更することで全体に警報発生数が増加し、逆に開始基準値を 9 に変更することで全体に警報発生数が減少した。図Ⅳ－４－８に警報の終息基準値の変更による警報発生の週別推移の変化を示す。終息基準値 4 から 3 に変更することで警報発生のピークを過ぎた後の警報が増加、逆に終息基準値を 4 から 5 に変更することで警報発生のピーク後の警報が減少した。

表Ⅳ－4－1　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

（急性出血性結膜炎）

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	1,396	1,466	1,787	6,357	1,143	440	411
定点あたり報告数	2.19	2.39	2.72	20.31	3.65	1.41	1.30
観察延べ週数	20,644	21,041	17,854	14,228	14,213	14,276	14,705
警報なし延べ週数	20,179	20,507	17,318	13,838	13,895	14,027	14,456
(割合;%)	97.7	97.5	97.0	97.3	97.8	98.3	98.3
警報あり延べ週数	465	534	536	390	318	249	249
(割合;%)	2.3	2.5	3.0	2.7	2.2	1.7	1.7

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－4－1 週別の定点あたり報告数
(急性出血性結膜炎)

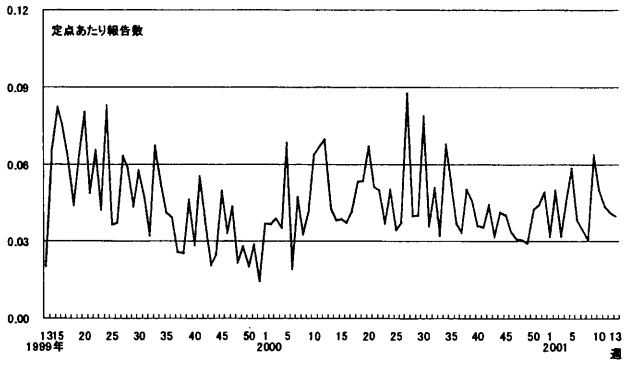
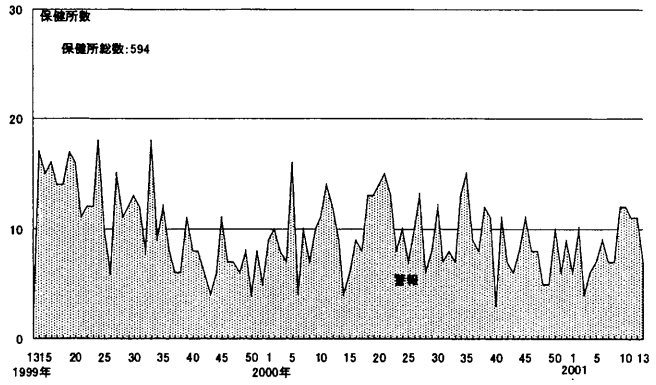


図 Ⅳ－4－2 週別の警報ありの保健所数
(急性出血性結膜炎)



表Ⅳ－4－2　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（急性出血性結膜炎）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	0.9	10	1.4	0.8	8	1.1
青森	0.7	1	0.2	0.8	4	0.9
岩手	2.8	10	1.9	2.6	13	2.5
宮城	1.0	9	1.9	4.5	37	7.8
秋田	0.7	2	0.8	1.7	5	1.9
山形	1.4	5	2.4	1.1	4	1.9
福島	1.8	9	2.5	2.0	7	1.9
茨城	2.5	10	1.7	3.2	25	4.3
栃木	0.8	2	0.6	1.3	4	1.3
群馬	3.5	8	2.6	2.9	6	1.9
埼玉	1.3	10	1.0	1.6	18	1.7
千葉	2.7	21	2.7	1.8	14	1.8
東京	0.8	11	1.8	1.8	14	2.2
神奈川	1.8	33	2.0	2.0	30	1.8
新潟	1.1	5	1.4	1.5	8	2.2
富山	0.4	1	0.4	1.1	1	0.4
石川	0.3	1	0.4	0.4	2	0.8
福井	4.3	6	5.8	0.3	0	0.0
山梨	1.3	3	2.9	2.7	7	6.6
長野	6.0	39	9.4	4.1	28	6.6
岐阜	1.1	4	1.1	0.5	1	0.3
静岡	0.6	3	0.6	0.8	3	0.6
愛知	1.5	22	1.6	1.5	33	2.3
三重	0.6	2	0.4	0.8	2	0.4
滋賀	2.3	9	2.5	2.6	11	3.0
京都	1.5	21	2.7	1.6	14	1.8
大阪	2.5	23	2.5	3.1	26	2.7
兵庫	1.9	23	2.5	2.3	35	3.7
奈良	2.6	3	1.2	2.8	2	0.8
和歌山	1.0	4	3.8	2.5	3	2.8
鳥取	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0
島根	1.0	3	1.9	0.7	2	1.3
岡山	1.0	0	0.0	1.3	4	1.5
広島	2.2	9	1.9	4.4	9	1.9
山口	5.8	22	5.3	3.6	25	5.9
徳島	1.3	2	1.3	1.5	1	0.6
香川	0.7	2	1.3	0.5	1	0.6
愛媛	4.3	9	3.5	3.6	9	3.4
高知	2.7	7	4.5	4.3	9	5.7
福岡	1.0	10	1.0	0.4	8	0.8
佐賀	0.5	1	0.6	3.0	6	3.8
長崎	32.8	76	24.4	32.8	81	25.5
熊本	1.4	5	1.6	2.3	8	2.5
大分	1.6	0	0.0	1.6	0	0.0
宮崎	4.8	6	3.8	4.3	3	1.9
鹿児島	1.3	0	0.0	0.5	0	0.0
沖縄	0.8	3	0.8	1.7	3	0.8
合計	2.2	465	2.3	2.4	534	2.5

表Ⅳ－4－3 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

(急性出血性結膜炎)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
1.0	0.1	465	2.3	534	2.5
0.8	0.1	465	2.3	535	2.5
1.5	0.1	155	0.8	164	0.8
1.0	0.05	465	2.3	534	2.5
1.0	0.2	465	2.3	534	2.5

図 Ⅳ－4－3 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(急性出血性結膜炎)

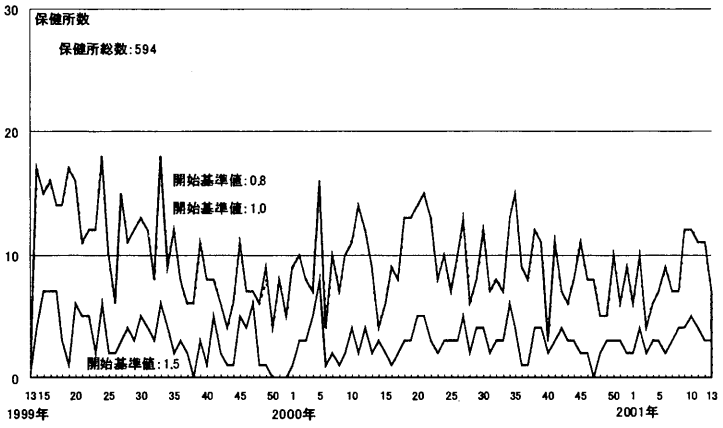
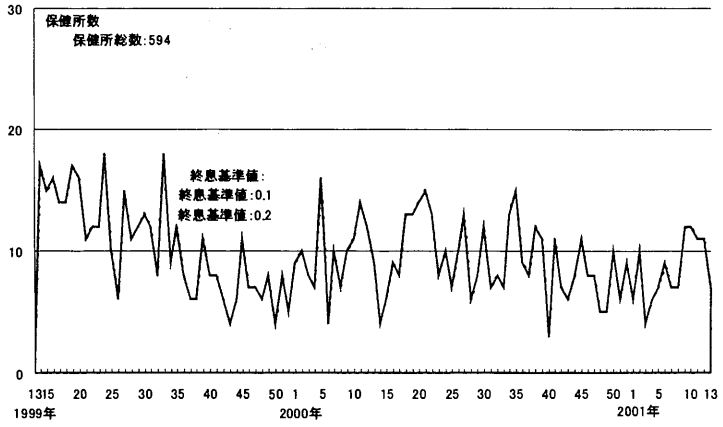


図 Ⅳ－4－4 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(急性出血性結膜炎)



表Ⅳ－4－4　　2000,1999 年度と 1993～1997 年における警報の発生状況と定点あたり報告数

（流行性角結膜炎）

	2000年度	1999年度	1993年	1994年	1995年	1996年	1997年
報告数	42,572	31,583	13,207	16,712	22,134	20,005	18,972
定点あたり報告数	66.90	51.43	41.93	53.39	70.72	62.91	60.04
観察延べ週数	20,644	21,041	14,302	14,228	14,213	14,276	14,705
警報なし延べ週数	19,749	20,545	13,974	13,741	13,509	13,661	14,047
(割合;%)	95.7	97.6	97.7	96.6	95.1	95.7	95.5
警報あり延べ週数	844	360	328	487	704	615	658
(割合;%)	4.1	1.7	2.3	3.4	5.0	4.3	4.5

1999年度:1999年第13週～2000年第13週。
2000年度:2000年第14週～2001年第13週。
1993年～1997年:各年次の第1週～最終週。
観察延べ週数:定点数が1以上の保健所で、報告のあった週の合計。

図 Ⅳ－4－5 週別の定点あたり報告数
(流行性角結膜炎)

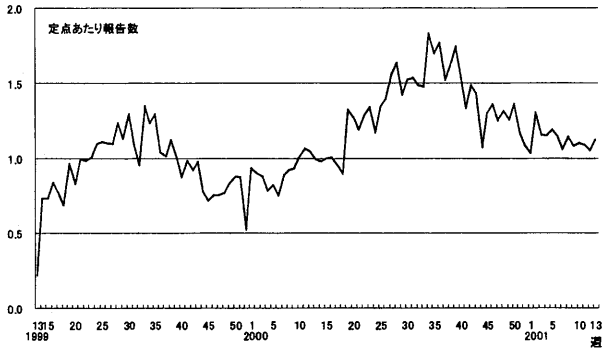
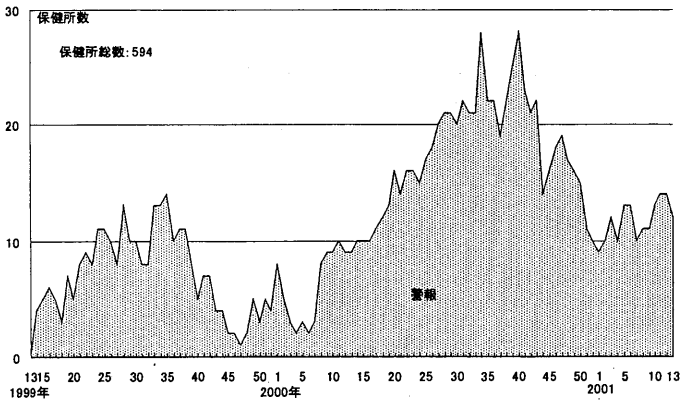


図 Ⅳ－4－6 週別の警報ありの保健所数
(流行性角結膜炎)



表Ⅳ－4－5　都道府県別、警報の発生状況と定点あたり報告数

（流行性角結膜炎）

	2000年度			1999年度		
	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)	定点あたり報告数	警報あり延べ週数	(%)
北海道	44.7	2	0.3	53.8	9	1.2
青森	38.2	0	0.0	30.2	0	0.0
岩手	46.4	13	2.5	31.9	1	0.2
宮城	28.8	2	0.4	17.4	0	0.0
秋田	43.1	3	1.2	23.3	0	0.0
山形	38.4	0	0.0	27.5	0	0.0
福島	63.5	3	0.8	44.8	0	0.0
茨城	192.8	145	25.3	139.5	86	14.8
栃木	90.6	62	19.9	57.6	20	6.3
群馬	105.7	12	3.8	84.3	0	0.0
埼玉	68.9	28	2.7	54.6	14	1.3
千葉	78.1	48	6.2	44.9	9	1.1
東京	88.5	14	2.2	60.5	6	0.9
神奈川	80.0	69	4.1	59.3	27	1.6
新潟	43.9	0	0.0	31.5	0	0.0
富山	15.6	0	0.0	26.7	1	0.4
石川	37.7	1	0.4	39.6	1	0.4
福井	18.0	0	0.0	4.3	0	0.0
山梨	14.7	0	0.0	25.3	0	0.0
長野	83.4	17	4.1	78.3	22	5.2
岐阜	45.5	9	2.5	26.9	0	0.0
静岡	46.1	4	0.9	48.3	7	1.5
愛知	54.2	47	3.3	39.6	6	0.4
三重	29.8	7	1.5	20.9	0	0.0
滋賀	64.7	20	5.5	33.0	4	1.1
京都	54.2	28	3.6	34.9	1	0.1
大阪	36.4	1	0.1	27.3	4	0.4
兵庫	53.1	7	0.7	38.9	8	0.8
奈良	107.0	10	3.8	58.4	0	0.0
和歌山	42.0	0	0.0	21.5	0	0.0
鳥取	13.0	0	0.0	19.0	0	0.0
島根	42.0	0	0.0	37.0	0	0.0
岡山	61.2	0	0.0	57.3	0	0.0
広島	63.0	1	0.2	55.1	2	0.4
山口	75.4	16	3.8	57.7	6	1.4
徳島	37.5	3	1.9	57.0	0	0.0
香川	58.3	2	1.3	41.5	0	0.0
愛媛	144.1	35	13.5	126.0	28	10.6
高知	99.7	7	4.5	88.7	2	1.3
福岡	89.3	83	8.0	46.3	32	3.0
佐賀	43.3	0	0.0	71.8	9	5.7
長崎	140.7	72	23.1	89.6	34	10.7
熊本	116.7	25	8.0	99.1	1	0.3
大分	65.3	0	0.0	92.2	0	0.0
宮崎	160.5	21	13.5	110.0	2	1.3
鹿児島	65.3	0	0.0	99.5	1	0.6
沖縄	106.1	27	7.4	82.6	17	4.6
合計	66.9	844	4.1	51.4	360	1.7

表Ⅳ－4－6 警報の基準値変更による警報の発生数の変化

(流行性角結膜炎)

警報の基準値		警報あり延べ週数(%)			
開始	終息	2000年度		1999年度	
8	4	844	4.1	360	1.7
7	4	1,013	4.9	460	2.2
9	4	709	3.4	288	1.4
8	3	952	4.6	457	2.2
8	5	698	3.4	320	1.5

図 Ⅳ－4－7 開始基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(流行性角結膜炎)

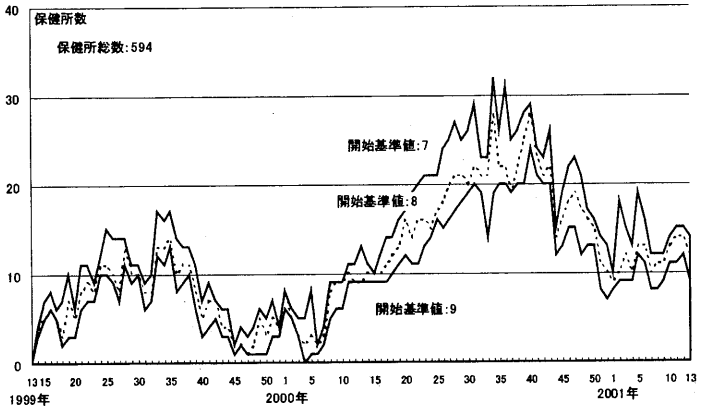
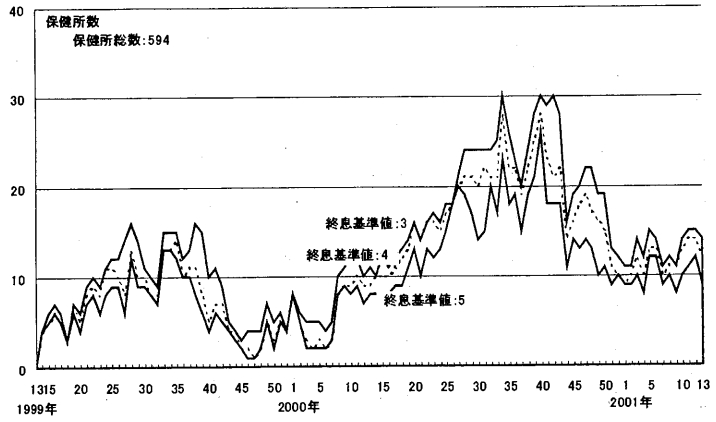


図 Ⅳ－4－8 終息基準値の変化に伴う警報の発生状況の違い
(流行性角結膜炎)



Ⅳ－5　考察

ここでは1999年～2000年度の定点あたり報告数、警報・注意報の発生状況について検討した後、警報・注意報の基準値変更の必要性について考察する。

2000年度の定点あたり報告数を1993～1997年、1999年度とそれと比較した結果、2000年度に定点あたり報告数が最大であった疾患として、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、水痘、手足口病の4疾患が、2番目に報告数が多かった疾患として、感染性胃腸炎、突発性発疹、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、流行性角結膜炎の5疾患があった。逆に少なかった疾患としてインフルエンザ、風疹の2疾患があり、とくに風疹については1993～1997年と比較し、1999年度、2000年度の定点あたり報告数が極端に低い傾向にあった。このように2000年度に多くの疾患において、他年と異なる定点あたり報告数が観察されたことは、警報・注意報の発生状況、警報・注意報の基準値変更を検討する際、考慮する必要があると思われる。

1999,2000年度の警報・注意報発生の割合は、多くの疾患で1993年～1997年の警報・注意報発生割合の値のほぼ範囲内であったが、警報発生割合では突発性発疹、百日咳、風疹の3疾患、注意報発生割合では風疹が1999,2000年度の2年連続で大きく下回った。このことから、警報では突発性発疹、百日咳、風疹、注意報では風疹で警報・注意報の基準値変更の必要性が示唆された。ただ、突発性発疹、百日咳は1999,2000年度を通じて定点あたり報告数が多く、逆に風疹は1999,2000年度を通じて定点あたり報告数が極端に少ないため、警報発生が過去5年間より多く／少なくなったとも考えられる。1999,2000年度が他年と異なる発生状況であることを考慮すると、更に1年を追加し基準値変更の議論を進める必要があるだろう。

インフルエンザ、水痘、風疹、麻疹、流行性耳下腺炎の5疾患では、警報・注意報の発生数は開始基準値を下げると警報発生数が増加、注意報発生数が減少、逆に開始基準値を上げると警報発生数が減少、注意報発生数が増加する傾向がみられた。これは警報の開始基準値の上下により警報が注意報、注意報が警報に一部が置き換わるためで、流行の終息基準値と注意報の基準値が同一の4疾患(流行性耳下腺炎を除く)では、警報・注意報発生数の合計は開始基準値の値に関わらず不変であった。終息基準値の変更については、基準値を下げると警報発生数が増加、注意報発生数が減少、逆に基準値を上げると警報発生数が減少、注意報発生数が増加する傾向がみられた。注意報の基準値変更では、注意報の基準値を下げると注意報発生数が増加、上げると注意報発生数が減少する傾向がみられた。警報発生のみが対象の10疾患においても基準値変更による警報発生の影響は同様で、開始基準値を下げると警報発生数は増加、上げると警報発生数は減少、逆に終息基準値を下げると警報発生数は増加、上げると警報発生数は減少する傾向がみられた。警報発生の基準値設定の際、1993年～1997年の警報発生の延べ週数が全体の週数の5%程度になるよう配慮した。しかしながら他年と流行状況が異なる1999年度において、警報あり延べ週数の割合が5%を大きく下回る疾患が8疾患、2000年度においても、インフルエンザ、手足口病、突発性発疹、百日咳、風疹など5%を大きく下回った疾患が存在した。5%を大きく下回った理由として、基準値の値の問題の他、1999,2000年度の定点あたり報告数の値が小さいことなどが考えられる。このことからも、1999,2000年度に加え、更に1年を追加し基準値変更の議論を進める必要があると考えられる。

Ⅳ－6 発生状況と基準値変更の影響に関する小括

感染症発生動向調査の 1999,2000 年度の報告数データを用い、感染症発生動向調査に基づく警報・注意報の発生状況、および警報・注意報発生の基準値変更の影響を検討した。

1999,2000 年度の警報・注意報の発生割合は、インフルエンザ、小児科定点、眼科定点の多くの疾患で 1993 ～ 1997 年の警報・注意報の発生割合のほぼ範囲内であったが、警報では突発性発疹、百日咳、風疹が、注意報では風疹が 2 年連続で警報・注意報の発生割合を大きく下回った。大きく下回る理由として基準値設定の問題以外に、1999,2000 年度の定点あたり報告数が他年と比較して、突発性発疹、百日咳では多く、逆に風疹では極端に少ないことも影響していると考えられた。以上のことから、更に 1 年間のデータを追加して基準値変更の議論をすすめる必要性が示唆された。

基準値変更の影響については、開始基準値を下げると全体に警報数が増加するとともに警報のピークが上昇、逆に開始基準値を上げると全体に警報数が減少するとともに警報のピークが下降する傾向がみられた。終息基準値については、基準値を下げると全体に警報数が増加するとともに、警報のピーク後の警報数が増加、逆に基準値を上げると全体に警報数が減少するとともに、警報のピーク後の警報が減少する傾向がみられた。注意報については基準値を下げると注意報が増加し、基準値を上げると注意報が減少する傾向がみられた。以上の傾向は全疾患で共通であった。

Ⅴ．全国年間罹患数の推計に関する検討―基礎データ、推計方法とその吟味―

感染症発生動向調査は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の施行に伴って、1999 年 4 月 1 日から大幅に変更されている。「感染症発生動向調査事業実施要綱」によると、とくに、定点に関しては、管轄人口に応じて定める保健所の定点数が大幅に増加し、また、医療機関の中から可能な限り無作為に定点を選定することが新たに盛り込まれている。このねらいの１つは、同調査の副次的目的として、全国年間罹患数の推計を可能とすることにある。

全国年間罹患数の推計方法は、既に、２つの研究報告書で議論されている。平成 10 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による「感染症対策の見直しに向けての緊急研究」の「感染症サーベイランスの定点に関する分担研究班」の研究報告書においては、定点設計という観点から全国年間罹患数の推計方法が提案されている。また、本研究班の昨年度研究報告書、すなわち、平成 12 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」の「定点サーベイランスの評価に関するグループ」研究報告書においては、推計の層の選定、欠損データの処理など、全国年間罹患数の推計上の実際的課題が検討されている。以上のような検討によって、感染症発生動向調査に基づく全国年間罹患数の推計方法について、ある程度、骨格が定まったと考えられる。

ここでは、インフルエンザ定点、小児科定点の対象疾患について、Ⅴ－１節において、全国年間罹患数推計の基礎データを議論する。推計に必要な情報を整理するとともに、2000 年における定点の選定状況および報告状況を概観する。後述するように、2000 年では、全国年間罹患数推計に必要な情報が必ずしも十分に整備されていない。

Ⅴ－２節において、罹患数の推計方法を議論する。推計の基本的な考え方を整理するとともに、インフルエンザ定点と小児科定点の対象疾患における全国年間罹患数の推計方法を提案する。その中で、１年間における定点の変更への対応方法、および、最も重要な層の選定方法を示す。また、全国年間罹患数だけではく、性、年齢、都道府県、週別の罹患数の推計方法を提案する。

Ⅴ－３節において、インフルエンザ定点と小児科定点の対象疾患における全国年間罹患数の推計方法を吟味する。とくに、層の選定の違いによる全国年間罹患数推計値の違いを示す。また、全国年間罹患数の推計方法で前提とした「定点選定が無作為」について、医療施設調査から得た外来患者延べ数に基づいて、その前提の崩れの吟味およびその崩れに伴う全国年間罹患数推計値への影響評価を試みる。

なお、次章では、本提案方法に基づいて、インフルエンザ定点と小児科定点の対象疾患について、2000 年の推計結果を示すとともに、全国年間罹患数推計の今後の課題をまとめる。

Ⅴ－１．罹患数推計の基礎データ

罹患数推計に必要な情報を整理するとともに、インフルエンザ定点と小児科定点について、2000 年の定点の選定状況と報告状況を概観した。

１）推計に必要な情報

ここでは、インフルエンザ定点と小児科定点の対象疾患のみを想定する。なお、眼科定点と性感染症定点は想定していないが、ほぼ同様の議論が成り立つことを注意しておく。

表Ⅴ－１－１に、罹患数の推計に必要な情報を示す。情報としては、定点に関するもの、定点以外を含む全医療施設に関するものに大別される。

定点に関するものとして、①すべての各定点における週ごとの定点指定状況、②すべての各定点における医療施設特性、③指定されたすべての各定点における週ごとの報告状況、④報告されたすべての各定点における週・疾患・性・年齢階級別の報告数である。ここで、すべての定点とは、１年間の中で、１週でも定点に指定されたすべての医療施設を指す。

①すべての各定点における週ごとの定点指定状況としては、定点指定の開始週および定点指定の終了週である。現在の感染症発生動向調査システムでは、定点指定が終了した医療施設の情報は、必ずしも、管理・保管が徹底していない可能性がある。かりに、年次の途中で、定点指定が終了した医療施設に関する情報が管理・保管されていないと、その医療施設から、定点として報告された情報を全国年間罹患数推計に利用できない可能性がある。

②すべての各定点における医療施設特性としては、病院・診療所の別、医療施設が有する診療科、定点として指定した診療科である。後述するように、病院と診療所、医療施設が有する診療科によって、患者数には違いがあり、全国年間罹患数推計では、それを層として考慮する必要がある。また、定点として指定した診療科はとくに重要である。かりに、定点が内科と小児科を有する医療施設であって、報告された患者数が内科のみのもの、小児科のみのもの、内科と小児科の両方のいずれかを判断できないと、その患者数を全国年間罹患数の推計に利用できない可能性もある。現在の感染症発生動向調査では、これらの情報は、決まった様式・コードなどにより全国で統一的・標準的な形では管理されていない。

③指定されたすべての各定点における週ごとの報告状況としては、報告あり・報告なしの別である。全国年間罹患数推計では、「報告あり」と同程度に、「報告なし」が重要である。一般に「報告なし」は患者がいないことを意味せず、患者がいるかどうかが不明ということを意味する。全国年間罹患数推計では、「報告なし」は欠損値として扱われ、患者がいないこととは全く別の取り扱いとなる。現在の感染症発生動向調査では、週ごとに報告ありの定点数が得られるが、各定点における週ごとの報告あり・報告なしの別は、それを組み合わせて判断することになる。これは手間のかかる作業であり、各定点における週ごとの報告あり・報告なしの別を、直接、情報に含めることが大切である。

④報告されたすべての各定点における週・疾患・性・年齢階級別の報告数としては、週別の報告内容である。この定点ごとの週別の報告内容は、現在の感染症発生動向調査では、保健所システムのデータ・ベースに管理・保管されているが、地方情報センターと中央情報センターのシステムのデータ・ベースには、保健所ごとにまとめられた情報がネットワークを介して転送されるだけで、定点ごとの週別報告内容が管理・保管されていない。全国年間罹患数推計には、保健所ごとでなく、定点ごとの週別報告内容が必要であることから、定点ごとの週別報告内容が保健所システムから地方情報センターと中央情報センターへ転送されるように、システムを変更することが重要である。

これらの①～④の情報は、有機的につながっていることが不可欠である。そのために、都道府県ごとに定点に固有の番号（定点番号）を定め、都道府県番号とその定点番号を①～④の情報のすべてに付けておくことが必要である。また、定点番号は年次の途中で変更しないことがとくに肝要であり、保健所の再編前後でも定点番号を変えないことが重要である。現在の感染症発生動向調査では、定点番号が付与されているが、その定点番号を都道府県で定点に固有の番号とすること、および、年次の途中で変更しないことは、明確には規定されていない。また、後述する全医療施設に関する情報と①～④の情報を有機的につなげる上で、②の情報の中に、都道府県が定める医療施設整理番号を含める

ことが望ましい。また、報告なしが多いと全国年間罹患数推計値の精度が低下することから、報告なしをできるだけ少なくすることが重要であることはいうまでもないが、全国年間罹患数推計値の偏りを軽減するために、報告なしの場合にはその理由を③の情報に含めることも望まれる。

定点選定については、感染症発生動向調査の主目的から検討すべきである。ただ、全国年間罹患数の推計という副次的な目的の面からみると、年次の途中で定点を変更しないこと、および、後述する推計方法との関係から、定点の指定は病院では診療科単位、診療所では医療施設単位とすることが望ましい。

全医療施設に関する情報としては、⑤すべての医療施設（定点以外を含む）における医療施設特性、すなわち、病院・診療所の別、医療施設が有する診療科である。この情報は、国が実施する医療施設調査によって代替することができる。ただし、その使用にあたっては、総務省から指定統計の目的外使用許可を得ることが必要となる。

以上、感染症発生動向調査に基づいて全国年間罹患数を推計するためには、現在の同システムにおいて、都道府県・保健所への通知やシステムの変更などによって、上記の情報の整備を完了することが必要である。なお、これらの点を含めて、全国年間罹患数の推計に関する今後の課題は、第Ⅵ章の最後で改めて議論する。

2）定点の選定状況

インフルエンザ定点と小児科定点について、2000 年の定点の選定状況を示す。「感染症発生動向調査事業実施要綱」には、定点は都道府県が医療機関の中から可能な限り無作為に選定すること、定点数は保健所ごとに管轄人口に応じた数とすることなどが規定されている。また、小児科定点は小児科を標榜する医療施設（主として小児科医療を提供しているもの）とすること、インフルエンザ定点は小児科定点に加え、内科を標榜する医療機関（主として内科医療を提供しているもの）とすることが規定されている。

図Ⅴ－１－１に、週別、インフルエンザ定点数と小児科定点数を示す。なお、後述する全国年間罹患数の推計方法との関係から、同一施設内に複数の定点がある場合（インフルエンザ定点のみ）、病院では２定点、診療所では１定点と数えた。病院では２定点（内科と小児科）が指定されているケースが多く、一方、診療所で２定点が指定されているケースはごくわずかであった。また、ここでの定点数は確定処理の途中段階のデータから得たものであって、確定処理されたものではないことに注意を要する。インフルエンザ定点では、年間の少なくとも１週以上で定点指定された医療施設は 4,656 定点であった。年間の平均定点数は 4,581 定点（98.4%）であり、年間を通しての定点は 4,366 定点（93.8%）であった。小児科定点では、年間の少なくとも１週以上で定点指定された医療施設は 3,011 定点であった。年間の平均定点数は 2,984 定点（99.1%）であり、年間を通しての定点は 2,858 定点（94.9%）であった。インフルエンザ定点、小児科定点ともに、週の間で、定点数に大きな変動は見られなかった。

表Ⅴ－１－２に、都道府県別、インフルエンザ定点数と小児科定点数を示す。ここで、医療施設数は平成 11 年医療施設調査に基づくものであり、インフルエンザ定点では内科または小児科を有する施設数、小児科定点では小児科を有する施設数である。なお、定点と同様に、内科と小児科を有する場合（インフルエンザ定点のみ）、病院では２施設、診療所では１施設と数えた。インフルエンザ定点では、全国における医療施設数 76,412 に対して、定点数は 4,656（6.1%）であった。医療施設数に対する定点数の割合は、都道府県間で、東京都の 2.0%を除くと、4.4 ～ 9.4%であった。小児科定点

では、全国における医療施設数 30,828 に対して、定点数は 3,011（9.8%）であった。医療施設数に対する定点数の割合は、都道府県間で、東京都の 3.9%を除くと、7.2 ～ 17.1%であった。なお、定点数については、基準が設定されており、それとの関係などの詳細な検討は今後の課題とする。

表Ⅴ－１－３に、医療施設特性別、インフルエンザ定点数と小児科定点数を示す。ここで、医療施設特性は病院・診療所の別、内科と小児科の各々を有するかどうかとした（内科と小児科以外の診療科は考慮していない）。インフルエンザ定点において、病院では、内科は医療施設数 8,130 に対して定点数 457（5.6%）、小児科は医療施設数 3,575 に対して定点数 730（20.4%）であった。診療所では、内科のみは医療施設数 37,454 に対して定点数 470（1.3%）、小児科のみは医療施設数 3,411 に対して定点数 1,155（33.9%）、内科・小児科は医療施設数 23,842 に対して定点数 1,844（7.7%）であった。小児科定点において、病院の小児科は医療施設数 3,575 に対して定点数 734（20.5%）であった。診療所では、小児科のみは医療施設数 3,411 に対して定点数 1,145（33.6%）、内科・小児科は医療施設数 23,842 に対して定点数 1,132（4.7%）であった。ここで、小児科定点において、医療施設数に対する定点の割合は、病院の小児科と診療所の小児科のみで高く、診療所の内科・小児科で高くなかった。インフルエンザ定点においては、「感染症発生動向調査事業実施要綱」で規定された通り、小児科定点のほとんどを含んでいる関係から、医療施設数に対する定点の割合は、同様に、病院の小児科と診療所の小児科のみで高く、また、それ以外で高くなかった。

以上、インフルエンザ定点、小児科定点ともに、週の間では定点数の変化は小さく、年間の少なくとも１週以上で定点指定された医療施設数に対して、年間の平均定点数は 98%以上、年次を通しての定点数は 93%以上であった。医療施設数に対する定点の割合は、都道府県間、および、医療施設特性の間で、大きな差が見られた。

３）定点の報告状況

インフルエンザ定点と小児科定点について、2000 年の定点あたり年間報告数を示す。なお、定点として指定されていないあるいは報告なしの週における報告数は、週・都道府県・医療施設特性別の平均値を代入した。

表Ⅴ－１－４に、医療施設特性別、インフルエンザの定点あたり年間報告数を示す。ここでの報告数は確定処理の途中段階のデータから得たものであって、確定処理されたものではないことに注意を要する。全体としては、定点あたり年間報告数（平均値）は 169.9 人であった。標準偏差は 190.6 人であり、平均値よりも大きかった。定点あたり年間報告数を医療施設特性ごとにみると、診療所の小児科のみが 241.1 人と最も多かった。次いで、診療所の内科・小児科の 173.8 人であり、病院の小児科の 132.1 人、診療所の内科のみの 127.0、病院の内科の 78.8 人の順であった。標準偏差はいずれも平均値よりも大きかった。0 ～ 14 歳の割合をみると、病院の小児科、診療所の小児科のみでは 90%以上であった。病院の内科、診療所の内科のみでは 21 ～ 28%であった。診療所の内科・小児科では 60%であり、小児科と内科の中間であった。これより、内科・小児科を有する診療所の定点では、内科と小児科の両方で診断したインフルエンザ患者が報告されていると示唆される。

表Ⅴ－１－５に、医療施設特性別、小児科定点対象疾患の定点あたり年間報告数を示す。定点あたり報告数は、全体としては、感染性胃腸炎が 297.1 人と最も多く、次いで、水痘の 92.0 人であった。Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎、手足口病、突発性発疹、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎は 42.4 ～ 53.0 人であった。咽頭結膜熱、伝染性紅斑、麻疹は 6.8 ～ 11.5 人であった。百日咳と風疹は 1.0 ～ 1.3 人と少なかった。標準偏差はいずれの疾患でも平均値とほぼ同程度あるいはそれ以上に大きかっ

た。定点あたり年間報告数を医療施設特性ごとにみると、ほとんどの疾患で、診療所の小児科のみが大きく、次いで、診療所の内科・小児科、病院の小児科の順であった。診療所の小児科のみと病院の小児科では、きわめて大きな差が見られた。ただし、百日咳と麻疹では病院の小児科が最も多く、風疹では診療所の内科・小児科が最も多かった。

以上、インフルエンザ、小児科定点対象疾患ともに、定点あたり報告数は医療施設特性の間で大きな差が見られた。標準偏差は平均値と同程度あるいはそれ以上であった。インフルエンザでは、0～14歳の割合は小児科で高く、内科で低く、内科・小児科ではそれらの中間であった。

表Ⅴ－１－１　推計に必要な情報

定点に関する情報：

①すべての各定点における週ごとの指定状況

定点指定の開始週、定点指定の終了週

②すべての各定点における医療施設特性

病院・診療所の別、医療施設が有する診療科、定点として指定した診療科

③指定されたすべての各定点における週ごとの報告状況

報告あり・報告なしの別

④報告されたすべての各定点における週・疾患・性・年齢階級別の報告数

週別の報告内容

全医療施設に関する情報：

⑤すべての医療施設（定点以外を含む）における医療施設特性

病院・診療所の別、医療施設が有する診療科

留意点：すべての情報は定点種別ごととする。

すべての定点とは、１年間の中で、１週でも定点に指定されたすべての医療施設を指す。

①～④の情報には、都道府県番号、および、各定点に固有の番号（定点番号）を付ける。

定点番号は年次途中では一切変更しない（保健所再編に伴って定点を変更する場合を含む）。

②の情報には、都道府県が定める医療施設整理番号を含めることが望ましい。

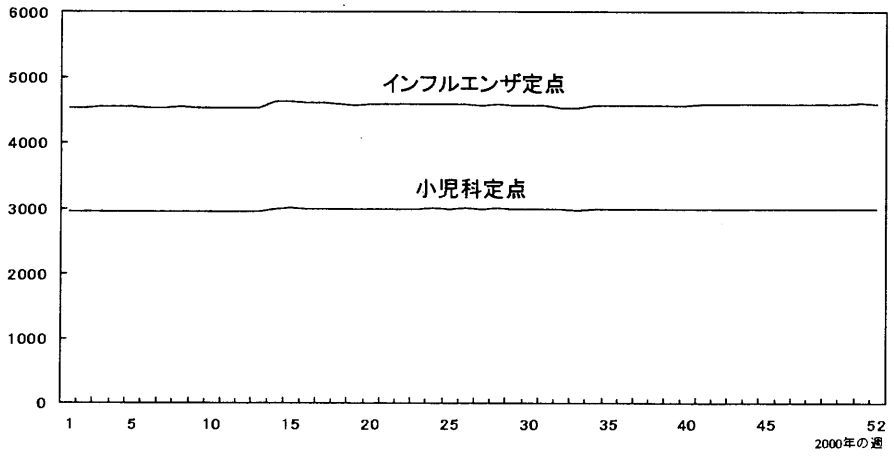
③の情報には、報告なしの場合の理由を含めることが望ましい。

定点の指定は病院では診療科単位、診療所では医療施設単位とすることが望ましい。

定点の変更は年次の切れ目で行い、年次途中で行わないことが望ましい。

⑤の情報は、国が実施する医療施設調査によって代替することができる。

図Ｖ－１－１　週別、インフルエンザ定点数と小児科定点数



表Ⅴ－１－２　都道府県別、インフルエンザ定点数と小児科定点数

	インフルエンザ定点			小児科定点		
	医療施設数	定点数	(%)	医療施設数	定点数	(%)
北海道	3,019	230	(7.6)	1,219	145	(11.9)
青森	876	64	(7.3)	346	41	(11.8)
岩手	788	62	(7.9)	240	38	(15.8)
宮城	1,171	97	(8.3)	446	59	(13.2)
秋田	726	55	(7.6)	219	35	(16.0)
山形	785	48	(6.1)	236	30	(12.7)
福島	1,333	78	(5.9)	587	48	(8.2)
茨城	1,442	95	(6.6)	598	74	(12.4)
栃木	1,118	70	(6.3)	506	46	(9.1)
群馬	1,247	99	(7.9)	493	62	(12.6)
埼玉	2,868	265	(9.2)	1,405	161	(11.5)
千葉	2,579	214	(8.3)	1,181	134	(11.3)
東京	8,801	178	(2.0)	3,611	142	(3.9)
神奈川	3,959	339	(8.6)	1,671	207	(12.4)
新潟	1,503	100	(6.7)	556	60	(10.8)
富山	718	48	(6.7)	259	29	(11.2)
石川	735	48	(6.5)	256	29	(11.3)
福井	575	32	(5.6)	241	23	(9.5)
山梨	530	42	(7.9)	246	25	(10.2)
長野	1,264	81	(6.4)	560	52	(9.3)
岐阜	1,301	88	(6.8)	689	53	(7.7)
静岡	1,852	137	(7.4)	701	86	(12.3)
愛知	3,583	196	(5.5)	1,892	182	(9.6)
三重	1,174	73	(6.2)	494	45	(9.1)
滋賀	757	60	(7.9)	343	32	(9.3)
京都	2,051	127	(6.2)	844	76	(9.0)
大阪	6,044	267	(4.4)	2,487	192	(7.7)
兵庫	3,291	197	(6.0)	1,300	128	(9.8)
奈良	882	55	(6.2)	373	35	(9.4)
和歌山	977	51	(5.2)	344	32	(9.3)
鳥取	463	29	(6.3)	201	19	(9.5)
島根	687	38	(5.5)	275	23	(8.4)
岡山	1,438	80	(5.6)	570	54	(9.5)
広島	2,078	120	(5.8)	650	75	(11.5)
山口	1,113	70	(6.3)	368	49	(13.3)
徳島	831	40	(4.8)	331	23	(6.9)
香川	618	51	(8.3)	185	32	(17.3)
愛媛	1,001	64	(6.4)	319	39	(12.2)
高知	636	49	(7.7)	196	31	(15.8)
福岡	3,001	156	(5.2)	1,094	79	(7.2)
佐賀	592	39	(6.6)	237	23	(9.7)
長崎	1,118	70	(6.3)	405	44	(10.9)
熊本	1,317	83	(6.3)	489	52	(10.6)
大分	854	59	(6.9)	250	36	(14.4)
宮崎	802	60	(7.5)	216	37	(17.1)
鹿児島	1,321	96	(7.3)	425	60	(14.1)
沖縄	593	56	(9.4)	274	34	(12.4)
計	76,412	4,656	(6.1)	30,828	3,011	(9.8)

医療施設数は平成11年医療施設調査に基づく、インフルエンザ定点では内科または小児科を有する施設数、小児科定点では小児科を有する施設数とした。内科と小児科の両方を有する場合、病院では２施設、診療所では１施設と数えた。

定点数は2000年第１～52週の少なくとも１週以上で定点指定された医療施設数とし、診療所では同一施設内で複数が指定されても１施設と数えた。

表Ｖ－１－３　医療施設特性別、インフルエンザ定点数と小児科定点数

		インフルエンザ定点		小児科定点	
		医療施設数	定点数（%）	医療施設数	定点数（%）
病院	内科	8,130	457 (5.6)	-	- (-)
	小児科	3,575	730 (20.4)	3,575	734 (20.5)
診療所	内科のみ	37,454	470 (1.3)	-	- (-)
	小児科のみ	3,411	1,155 (33.9)	3,411	1,145 (33.6)
	内科・小児科	23,842	1,844 (7.7)	23,842	1,132 (4.7)
計		76,412	4,656 (6.1)	30,828	3,011 (9.8)

医療施設数は平成11年医療施設調査に基づく、インフルエンザ定点では内科または小児科を有する施設数、小児科定点では小児科を有する施設数とした。内科と小児科の両方を有する場合、病院では２施設、診療所では１施設と数えた。

定点数は2000年第１～52週の少なくとも１週以上で定点指定された医療施設数とし、診療所では同一施設内で複数が指定されても１施設と数えた。

表Ｖ－１－４　医療施設特性別、インフルエンザの定点あたり年間報告数

		定点数	平均値	標準偏差	0～14歳の割合（%）
病院	内科	457	78.8	129.0	27.9
	小児科	730	132.1	143.5	90.3
診療所	内科のみ	470	127.0	146.1	20.6
	小児科のみ	1,155	241.1	233.2	91.2
	内科・小児科	1,844	173.8	183.5	60.4
計		4,656	169.9	190.6	70.4

表Ｖ－１－５　医療施設特性別、小児科定点対象疾患の定点あたり年間報告数

	病院		診療所				全体	
	小児科		小児科のみ		内科・小児科			
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD
定点数	734		1,145		1,132		3,011	
咽頭結膜熱	4.8	12.5	9.3	21.4	5.5	19.2	6.8	18.8
Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎	36.8	68.4	70.2	92.8	46.0	88.7	53.0	87.0
感染性胃腸炎	149.0	255.1	399.5	361.2	289.6	319.5	297.1	336.4
水痘	76.8	63.1	121.2	79.2	72.4	69.1	92.0	75.3
手足口病	46.3	44.5	92.8	80.3	58.6	69.8	68.6	71.7
伝染性紅斑	6.4	11.4	16.1	21.8	10.1	17.2	11.5	18.4
突発性発疹	23.8	27.6	62.8	47.3	33.9	39.2	42.4	43.4
百日咳	2.1	3.9	1.3	3.9	0.7	1.9	1.3	3.3
風疹	1.0	2.2	0.9	3.2	1.2	5.1	1.0	3.9
ヘルパンギーナ	32.3	42.2	66.0	71.5	43.2	63.3	49.2	63.8
麻疹	14.0	26.9	5.6	11.2	5.3	11.2	7.5	16.9
流行性耳下腺炎	38.1	52.3	54.3	61.5	38.5	53.6	44.4	57.0

Ⅴ－２．罹患数の推計方法

推計の基本的考え方を整理するとともに、インフルエンザと小児科定点対象疾患について、全国年間罹患数および性、年齢、都道府県、週別の罹患数の推計方法を議論する。

１）推計の基本的考え方

罹患数の推計方法の基本的考え方については、既に、本研究班の昨年度研究報告書に示されているが、以下に整理しておく。

ある医療施設の罹患数とは、当該医療施設で一定期間に当該疾患と診断された患者の総数を指す。全国罹患数とは、全国のすべての医療施設（定点種別ごとに規定された診療科）の罹患数の合計を指す。なお、この中には、定点種別ごとに規定された診療科以外で診断された患者、および、医療施設で診断されなかった患者は含まれない。同一者であっても複数の医療施設で診断されたり、また、同一医療施設で新たな診断が複数回なされた場合、重複して数えられる。

すべての医療施設の罹患数は定まっているが、定点以外の情報は得られていない。定点は全医療施設の一部であり、その罹患数のみから全国罹患数を求めるためには、推計が必要となり、誤差も生ずる。個々の定点選定が無作為という前提の下では、定点の罹患数は多項超幾何分布に従う。多項超幾何分布の想定の下で、全国罹患数の推計値とその標準誤差が与えられ、多項超幾何分布の正規近似により、全国罹患数の95%信頼区間が与えられる。

定点の選定方法としては、定点種別ごとに、管轄人口に応じて保健所の定点数が規定され、その定点数の医療施設（定点種別ごとに規定された診療科）が保健所の全医療施設の中から定点として「可能な限り無作為に選定する」とされている。しかし、定点の決定には医療施設の同意が必要であり、「定点選定の無作為性」を厳密に確保することは難しい。一方、全国罹患数の推計上、定点選定の偏りの程度に関する具体的情報を得ることはきわめて困難であり、実際上、「定点選定の無作為性」を前提とする以外ない。

「定点の無作為性」については、基本的に、前提とする以外ないが、推計を層により分けることで、層の間の定点選定の大きな偏りを回避することが考えられる。なお、層の内での定点選定の偏りは回避できないが、これに対しては、偏りの大きさの評価を試みて、その評価結果を参考にして推計値を解釈するという対応が考えられる。推計の層としては、その情報が容易に得られること、情報の確実性が高いことが重要である。推計値の偏りを小さくする効果からみると、層の間において、定点抽出率および年間報告数が異なることが大切である。一方、層をあまり細かくすると、層内の定点数が少なくなり、推計値の不安定性が高まる可能性がある。層内の定点数が０となると、特別な対処を行わない限り、その層の推計ができなくなり、また、層内の定点数が１以下となると、その層の推計値の標準誤差が計算できなくなり、95%信頼区間の算定に支障が生ずる。

以上、全国年間罹患数は、全国のすべての医療施設（定点種別ごとに規定した診療科）で診断を受けた患者の総数を指すものである。全国年間罹患数の推計方法には層を設定し、層内では「定点選定の無作為性」を前提とする。

２）全国年間罹患数の推計方法

先の推計の基本的考え方から、全国年間罹患数の推計方法は、具体的には、図Ⅴ－２－１で与えられる。すなわち、全国年間罹患数の推計値は、層ごとに（層内の定点からの報告数合計）／（層内の定点抽出率）を求め、その層の合計という形で得られる。その 95%信頼区間は定点ごとの報告数を

用いて、層内の定点間の報告数のばらつきを合計するという形で得られる。

推計の層としては、定点選定が都道府県によること、および、前述の定点の選定状況と報告状況から判断すると、都道府県と医療施設特性とするのが妥当と考えられる。小児科定点対象疾患の推計における医療施設特性としては、病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科の３層である。都道府県とこの３層を組み合わせても、すべての層において、定点数は２以上となり、推計に支障を来さない。一方、インフルエンザの推計における医療施設特性としては、病院の内科＋診療所の内科のみ、病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科の４層である。都道府県とこの４層を組み合わせても、すべての層において、定点数は２以上となり、推計に支障を来さない。なお、病院の内科と診療所の内科のみを１つの層にまとめているのは、別々の層とすると、定点数０が４都道府県、定点数１が６都道府県あり、推計に支障を来すためである。

全国年間罹患数を実際に推計するとき、年間の定点の指定変更状況と報告状況が問題となる。基本的に、定点の指定変更状況、報告状況ともに、報告数とは独立とみなす以外なかろう。なお、週の間では各定点の報告数は独立とはみなせない。たとえば、ある週で報告数の多い定点は、翌週も多い傾向があると考えられるからである。

この対応としては、ある週で未報告（報告漏れあるいはその時点は定点でない）の定点における報告数を、欠損値とみなすことになる。欠損値の処理にはいくつかの方法がある。最も普通の方法は、未報告週のデータを無視することであり、すなわち、週ごとに報告のある定点の報告数から当該週の全国罹患数を推計し、その週合計により全国年間罹患数の推計値とすることである。ただし、この方法では、推計値の標準誤差を求められず、95%信頼区間が推定できない（週間の推計値の共分散が必要となるが、それが計算できない）。

別の方法として、未報告週の報告数に、当該定点が属する層の当該週における平均報告数を代入する方法がある。代入すれば、形式上、すべての定点の年間報告数が得られることから、それに基づいて、全国年間罹患数の推計値とその標準誤差が求められ、95%信頼区間も推定できる。この全国年間罹患数の推計値は、最も普通の方法によるものと数式的に完全に一致し、いずれの方法も同一である。一方、推計値の標準誤差については、未報告の定点に平均報告数を代入した分だけ過小評価しており、その調整が必要となる。前述したように未報告の定点数はそれほど多くないことから、その過小評価の調整方法としては、推計値の標準誤差の算定における定点数を、年間の報告あり定点数の平均値とすればよいと考えられる。

以上、全国年間罹患数の推計方法を図Ⅴ－２－１に示した。推計の層としては、都道府県と医療施設特性とする。医療施設特性としては、インフルエンザでは病院の内科＋診療所の内科のみ、病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科の４層、小児科定点対象疾患では病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科の３層である。実際の推計手順としては、①層と週ごとに、報告あり定点の平均報告数と報告あり定点数を算定、②層と週ごとに、未報告定点の報告数として平均報告数を代入、③図Ⅴ－２－１に基づいて全国年間罹患数を推計、④図Ⅴ－２－１における定点数として、報告あり定点数の年間平均値を用いて全国年間罹患数の推計値の標準誤差と 95%信頼区間を算定となる。

３）性、年齢、都道府県、週別の罹患数の推計方法

性別の全国年間罹患数の推計方法としては、性合計の全国年間罹患数の推計方法（推計値とその標準誤差、95%信頼区間のすべて）における性合計の報告数の代わりに、各性の報告数を用いればよい。

年齢別の全国年間罹患数の推計方法も同様である。このような方法によって、性別全国年間罹患数推計値の性合計、年齢別全国年間罹患数推計値の年齢合計は一致し、ともに、性や年齢で分けずに求めた全国年間罹患数推計値と数式的に完全に一致する。

都道府県別の年間罹患数の推計については、全国年間罹患数の推計の途中段階で得られる。当然のことながら、都道府県別年間罹患数推計値の都道府県合計は、全国年間罹患数推計値と数式的に完全に一致する。

週別の全国罹患数の推計方法としては、全国年間罹患数の推計方法における年間報告数の代わりに、各週の報告数を用いればよい。週別全国罹患数推計値の週合計は、全国年間罹患数推計値と数式的に完全に一致する。ただし、週ごとにみると、未報告定点の報告数として平均報告数を代入しなくとも、報告あり定点の報告数のみから、全国罹患数推計値の標準誤差を計算することもできる。前述したように未報告の定点数はそれほど多くないことから、この方法による標準誤差、平均報告数の代入に基づく標準誤差には大きな差はないと考えられる。そこで、推計方法の統一性の観点から、週別全国年間罹患数推計値の標準誤差の算定方法は、全国年間罹患数推計値のそれと同一としてよいと考えられる。

以上、性、年齢、都道府県、週別の罹患数としては、全国年間罹患数の推計方法と整合性のある方法により推計することができる。ただし、全国年間罹患数はその推計精度をある程度に保つように定点設計されているのに対して、性、年齢、都道府県、週別の罹患数では推計精度が保証されていない。たとえば、インフルエンザ定点、小児科定点の定点設計では、各対象疾患の全国年間罹患数推計値の標準誤差率は 5%程度あるいはそれ未満と想定されている。性、年齢、都道府県、週別の罹患数推計値では、そのような推計精度は保たれない。とくに、都道府県別罹患数では推計精度がかなり低くなる可能性がある。推計精度が過度に低い推計値については、95%信頼区間を考慮する必要性がきわめて大きいが、それだけでなく、提示すること自体の是非を検討することが重要であろう。

図Ⅴ－２－１　罹患数の推計方法

層（都道府県など）別の罹患数とその標準誤差

罹患数の推計値：　$\hat{\alpha} = X / r$

罹患数推計値の標準誤差：　S

$$S^2 = \frac{\Sigma i^2 \cdot N_i / N - (\Sigma i \cdot N_i / N)^2}{n-1} \cdot n^3 (1/N - 1/n)$$

n　：全医療施設数

n_i：罹患数ｉの医療施設数（未知の定数）　$n = \Sigma n_i$

N　：定点数

N_i：報告数ｉの定点数　$N = \Sigma N_i$

r　：＝N／n　（定点抽出率）

X　：全定点からの報告数（$= \Sigma i \cdot N_i$）

α　：罹患数（推計の対象）　$\alpha = \Sigma i \cdot n_i$

罹患数推計値と標準誤差の別表現

$\hat{\alpha} = Ave \cdot n$

$$S^2 = Sig^2 \cdot \frac{N-1}{N} \cdot \frac{n}{n-1} \cdot n^2 (1/N - 1/n)$$

Ave：定点の報告数の平均値

Sig：定点の報告数の標準偏差

層の和（全国）の罹患数、標準誤差と95％信頼区間

層の和の罹患数の推計値：　$\hat{\alpha}. = \Sigma\ \hat{\alpha}_k$

層の和の罹患数推計値の標準誤差：　S.

$S.^2 = \Sigma\ S_k^2$

$\hat{\alpha}_k$：層ｋの罹患数の推計値

S_k：層ｋのS

$\alpha.$：層の和の罹患数（推計の対象）

層の和の罹患数の95％信頼区間：　$(\hat{\alpha}. - 1.96 \cdot S.\ ,\ \hat{\alpha}. + 1.96 \cdot S.)$

Ｖ－３．罹患数推計方法の吟味

前述の罹患数の推計方法には、層の選定、および、層内での「定点選定の無作為性」の前提という２つの問題がある。ここでは、この２つの問題に対して、吟味を試みた。

１）吟味の方法

基礎データとしては、2000 年の感染症発生動向調査データ、および、平成 11 年医療施設調査を目的外使用許可（厚生労働省発統第 130 号、平成 13 年 10 月 29 日）の下で用いた。なお、ここでの感染症発生動向調査データは確定処理の途中段階のものであって、確定処理されたものでないことに注意を要する。

推計の層の吟味としては、先の提案およびそれ以外の層を用いた場合の全国年間罹患数推計値を比較した。層としては都道府県と医療施設特性である。インフルエンザの推計では、医療施設特性としては３種類を取り上げた。医療施設特性①は診療所の内科・小児科、病院の内科＋診療所の内科のみ、病院の小児科＋診療所の小児科のみの３層、医療施設特性②は診療所の内科・小児科、病院の内科＋診療所の内科のみ、病院の小児科、診療所の小児科のみの４層、医療施設特性③は診療所の内科・小児科、病院の内科、診療所の内科のみ、病院の小児科、診療所の小児科のみの５層である。先の提案は医療施設特性②である。小児科定点対象疾患の推計では、医療施設特性としては２種類を取り上げた。医療施設特性④は診療所の内科・小児科、病院の小児科＋診療所の小児科のみの２層、医療施設特性⑤は診療所の内科・小児科、病院の小児科、診療所の小児科のみの３層である。先の提案は医療施設特性⑤である。

層内で「定点選定の無作為性」の吟味として、以下のような試みを行った。すなわち、全医療施設（定点以外を含む）で算定可能で、かつ、年間罹患数と相関する指標に基づいて、定点と全医療施設の間で、その指標値を比較した。指標としては、医療施設調査から得られる外来患者延べ数（1 日あたり人数）を用いた。病院では、内科または小児科の外来患者延べ数（9 月の 1 週間分）を、診療所では施設全体の外来患者延べ数（9 月 1 か月分）を、土日・祝祭日を除く日数で除して 1 日あたり人数とした。また、医療施設特性ごとに、定点において、年間罹患数を目的変数、外来患者延べ数と都道府県（ダミー変数）を説明変数とする回帰分析を行い、外来患者延べ数と都道府県から、年間罹患数の期待値を計算する式を求めた。この式によって求めた全医療施設（定点以外を含む）の年間罹患数期待値を基礎データとみなして、提案した推計方法による全国年間罹患数の推計値を算定し、真値（全医療施設の年間罹患数期待値の合計）と比較した。なお、医療施設特性としては、回帰分析では、インフルエンザは上記③の５層、小児科定点対象疾患では上記⑤の３層を用いた。

２）インフルエンザの推計方法の吟味

表Ｖ－３－１に、インフルエンザの全国年間罹患数の推計方法間の比較を示す。都道府県と医療施設特性②（提案の方法、４層）では、全国年間罹患数の推計値は 959 万人、95%信頼区間は 918 ～ 999 万人、標準誤差率は 2.1%であった。それに対して、都道府県と医療施設特性①（②における病院の小児科と診療所の小児科のみの２層を１つにまとめたもので、３層）では、全国年間罹患数の推計値は 967 万人、1.01 倍であり、標準誤差率は 2.2%であった。同様に、都道府県と医療施設特性③（②における病院の内科＋診療所の内科のみの１層を別々にしたもので、５層）では、全国年間罹患数の推計値は 1013 万人、1.06 倍であり、標準誤差率は 2.2%であった。ただし、都道府県と医療施設特性③では、47 都道府県×５医療施設特性＝ 235 層の中で、定点数０が４層、定点数１が６層であ

った。

表Ⅴ－３－２に、医療施設特性別、インフルエンザ定点における全医療施設と定点の外来患者延べ数を示す。いずれの医療施設特性においても、定点の外来患者延べ数の平均値は、全医療施設のそれよりも大きかった。これら２つの平均値の比は、病院の内科で 1.95 倍、病院の小児科で 1.93 倍、診療所の内科のみで 1.90 倍、診療所の小児科のみで 1.19 倍、診療所の内科・小児科で 1.40 倍であった。かりに、外来患者延べ数が医療施設の診療規模（年間罹患数とも相関）の指標とみなすことができると仮定すると、層内での「定点選定の無作為性」は成立しておらず、層内でもより診療規模の大きい施設が定点に選定されているとみることができる。

表Ⅴ－３－３に、医療施設特性別、インフルエンザ定点における外来患者延べ数と年間罹患数の相関係数を示す。この相関係数は、病院の内科では-0.06、病院の小児科では 0.16 であった。それに対して、診療所の内科のみでは 0.26、診療所の小児科のみでは 0.34、診療所の内科・小児科では 0.24 と相関係数が大きかった。これは、診療所では病院に比べて、外来患者延べ数が年間罹患数のよりよい指標とみることができよう。

表Ⅴ－３－４に、インフルエンザについて、外来患者延べ数による年間罹患数期待値に基づく全国年間罹患数推計値の吟味を示す。外来患者延べ数による年間罹患数期待値を基礎データと仮定すると、全国年間罹患数の真値は、全医療施設の合計で与えられる。層全体では、全医療施設の合計値 911 万人に対して、定点に基づく推計値は 968 万人、1.06 倍であった。

以上、推計の層として、医療施設特性の選定方法によって、インフルエンザの全国年間罹患数の推計値は変化したが、それほど大きな変化ではなかった。かりに外来患者延べ数が年間罹患数の指標とみなすことができると仮定すると、層内での「定点選定の無作為性」の前提は必ずしも成り立っておらず、各層内でより年間罹患数の多い医療施設が定点に選定される傾向があると考えられた。また、この前提の崩れによって、全国年間罹患数推計値は真値よりもおおよそ 1.06 倍過大評価していると見積もられた。

３）小児科定点対象疾患の推計方法の吟味

表Ⅴ－３－５に、小児科定点対象疾患の全国年間罹患数の推計方法間の比較を示す。都道府県と医療施設特性④（⑤における病院の小児科と診療所の小児科のみの２層を１つにまとめたもので、２層）における全国年間罹患数推計値は、都道府県と医療施設特性⑤（提案の方法、３層）のそれに比べて、風疹を除く 11 疾患で多かった。

表Ⅴ－３－６に、医療施設特性別、小児科定点における全医療施設と定点の外来患者延べ数を示す。いずれの医療施設特性においても、定点の外来患者延べ数の平均値は、全医療施設のそれよりも大きかった。これら２つの平均値の比は、病院の小児科で 1.92 倍、診療所の小児科のみで 1.20 倍、診療所の内科・小児科で 1.36 倍であった。小児科定点でも、インフルエンザ定点と同様に、かりに、外来患者延べ数が医療施設の診療規模（年間罹患数とも相関）の指標とみなすことができると仮定すると、層内での「定点選定の無作為性」は成立しておらず、層内でもより診療規模の大きい施設が定点に選定されているとみることができる。

表Ⅴ－３－７に、医療施設特性別、小児科定点における外来患者延べ数と年間罹患数の相関係数を示す。36 の疾患・医療施設特性の中で、相関係数 0.3 以上が８、0.2 ～ 0.3 未満が９、0.1 ～ 0.2 未満が 14、0.0 ～ 0.1 未満が５であった。

表Ⅴ－３－８に、小児科定点対象疾患について、外来患者延べ数による年間罹患数期待値に基づく

全国年間罹患数推計値の吟味を示す。外来患者延べ数による年間罹患数期待値を基礎データと仮定すると、全国年間罹患数の真値は、全医療施設の合計で与えられる。全医療施設の合計値に対する定点に基づく推計値の比をみると、1.0 ～ 1.1 倍未満は咽頭結膜熱、感染性胃腸炎、伝染性紅斑の３疾患であった。1.1 ～ 1.2 倍未満はＡ群溶血性レンサ球菌咽頭炎、水痘、手足口病、突発性発疹、風疹、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎ので７疾患であった。1.2 ～ 1.3 倍未満は百日咳と麻疹の２疾患であった。

以上、小児科定点でもインフルエンザ定点と同様に、推計の層として、医療施設特性の選定方法によって全国年間罹患数の推計値は変化した。提案した層に比べて、それ以外の層ではほとんどの疾患で全国年間罹患数推計値が大きくなった。かりに外来患者延べ数が年間罹患数の指標とみなすことができると仮定すると、層内での「定点選定の無作為性」の前提は必ずしも成り立っておらず、各層内でより年間罹患数の多い医療施設が定点に選定される傾向があると考えられた。また、この前提の崩れによって、全国年間罹患数推計値は真値よりも、疾患によっておおよそ 1.09 ～ 1.25 倍過大評価していると見積もられた。

表Ｖ－３－１　全国年間罹患数推計値の推計方法間の比較（インフルエンザ）

推計の層	推計値	95%信頼区間	標準誤差率
都道府県、医療施設特性①	967万人	927～1008万人	2.1%
都道府県、医療施設特性②	959	918～ 999	2.1
都道府県、医療施設特性③#1	1013	969～1057	2.2

医療施設特性①：診療所の内科・小児科、病院の内科＋診療所の内科のみ、
病院の小児科＋診療所の小児科のみ、３層

医療施設特性②：診療所の内科・小児科、病院の内科＋診療所の内科のみ、
病院の小児科、診療所の小児科のみ、４層

医療施設特性③：診療所の内科・小児科、病院の内科、診療所の内科のみ、
病院の小児科、診療所の小児科のみ、５層

#1：47（都道府県）×５（医療施設特性③）＝235層の中で、
定点数０のために、推計値の計算に含まれない層が４つあり、
定点数１のために、標準誤差の計算に含まれない層が６つある。

表Ｖ－３－２　医療施設特性別、全医療施設と定点における外来患者延べ数（インフルエンザ定点）

		外来患者延べ数（１日あたり人数）					
		全医療施設			定点		
		施設数	平均値	標準偏差	施設数	平均値	標準偏差
病院	内科	8,130	94.9	117.7	456	185.1	139.2
	小児科	3,575	34.2	40.5	726	66.0	43.3
診療所	内科のみ	37,454	37.0	61.5	470	70.3	50.2
	小児科のみ	3,575	45.1	38.9	1,155	53.5	34.9
	内科・小児科	23,842	44.6	49.7	1,778	62.5	44.1

定点では、外来患者延べ数が不明の71施設を除く4,585定点を用いた。

表Ｖ－３－３　医療施設特性別、定点における外来患者延べ数と年間報告数の相関係数
（インフルエンザ定点）

		定点における外来患者延べ数と年間報告数の相関係数
病院	内科	-0.06
	小児科	0.16
診療所	内科のみ	0.26
	小児科のみ	0.34
	内科・小児科	0.24

表Ｖ－３－４　外来患者延べ数による年間罹患数期待値に基づく全国年間罹患数推計値の吟味
（インフルエンザ）

	外来患者延べ数による年間罹患数期待値に基づく全国年間罹患数		
	全医療施設の合計値	定点に基づく推計値	比
病院の内科＋診療所の内科のみ	412.5万人	422.2	1.02
病院の小児科	40.1	47.3	1.18
診療所の小児科のみ	75.2	80.0	1.06
診療所の内科・小児科	383.3	418.0	1.09
計	911.1	967.6	1.06

定点に基づく推計では、都道府県と医療施設特性②（診療所の内科・小児科、病院の内科＋診療所の内科のみ、病院の小児科、診療所の小児科のみ）を層とし、外来患者延べ数が不明の71施設を除く4,585定点を用いた。

表Ｖ－３－５　全国年間罹患数推計値の推計方法間の比較（小児科定点）

	推計の層					
	都道府県と医療施設特性④			都道府県と医療施設特性⑤		
	推計値	95％信頼区間	標準誤差率	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
咽頭結膜熱	22.0	19.7～ 24.4	5.4	18.5	15.3～ 21.6	8.6
Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎	160.7	151.7～ 169.7	2.9	138.7	127.8～ 149.6	4.0
感染性胃腸炎	965.2	927.4～1003.1	2.0	865.3	823.0～ 907.5	2.5
水痘	280.4	272.2～ 288.7	1.5	236.9	227.6～ 246.2	2.0
手足口病	216.9	209.1～ 224.7	1.8	184.6	175.9～ 193.3	2.4
伝染性紅斑	36.6	34.6～ 38.6	2.8	30.9	28.6～ 33.1	3.7
突発性発疹	135.1	130.2～ 140.0	1.8	108.4	103.3～ 113.6	2.4
百日咳	3.3	3.0～ 3.6	5.0	2.8	2.6～ 3.1	5.0
風疹	3.2	2.8～ 3.5	5.6	3.5	3.0～ 4.1	7.8
ヘルパンギーナ	154.7	147.5～ 161.9	2.4	132.0	124.2～ 139.8	3.0
麻疹	20.5	19.1～ 22.0	3.5	19.7	18.1～ 21.3	4.1
流行性耳下腺炎	134.8	128.9～ 140.8	2.3	117.4	110.7～ 124.1	2.9

医療施設特性④：診療所の内科・小児科、病院の小児科＋診療所の小児科のみ、２層

医療施設特性⑤：診療所の内科・小児科、病院の小児科、診療所の小児科のみ、３層

表Ｖ－３－６　医療施設特性別、全医療施設と定点における外来患者延べ数（小児科定点）

		外来患者延べ数（１日あたり人数）					
		全医療施設			定点		
		施設数	平均値	標準偏差	施設数	平均値	標準偏差
病院	小児科	3,575	34.2	40.5	730	65.8	43.3
診療所	小児科のみ	3,411	45.1	38.9	1,145	53.9	35.5
	内科・小児科	23,842	44.6	49.7	1,116	60.8	44.1

定点では、外来患者延べ数が不明の20施設を除く2,991定点を用いた。

表Ｖ－３－７　医療施設特性別、定点における外来患者延べ数と年間報告数の相関係数（小児科定点）

	定点における外来患者延べ数と年間報告数の相関係数		
	病院の小児科	診療所の小児科のみ	診療所の内科・小児科
咽頭結膜熱	0.03	0.12	0.05
Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎	0.19	0.36	0.19
感染性胃腸炎	0.04	0.28	0.20
水痘	0.39	0.54	0.35
手足口病	0.26	0.41	0.26
伝染性紅斑	0.19	0.23	0.11
突発性発疹	0.18	0.47	0.27
百日咳	0.20	0.18	0.17
風疹	0.15	0.06	0.06
ヘルパンギーナ	0.17	0.30	0.20
麻疹	0.28	0.15	0.14
流行性耳下腺炎	0.16	0.32	0.18

表Ｖ－３－８　外来患者延べ数による年間罹患数期待値に基づく全国年間罹患数推計値の吟味（小児科定点）

	外来患者延べ数による年間罹患数期待値に基づく全国年間罹患数		
	全医療施設の合計値	定点に基づく推計値	比
咽頭結膜熱	16.8万人	18.3	1.09
Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎	117.5	138.0	1.17
感染性胃腸炎	797.3	865.3	1.09
水痘	208.1	237.0	1.14
手足口病	163.7	184.8	1.13
伝染性紅斑	28.4	30.9	1.09
突発性発疹	96.8	108.5	1.12
百日咳	2.3	2.9	1.24
風疹	3.2	3.5	1.11
ヘルパンギーナ	116.9	132.0	1.13
麻疹	15.8	19.7	1.25
流行性耳下腺炎	104.4	117.1	1.12

定点に基づく推計では、都道府県と医療施設特性⑤（診療所の内科・小児科、病院の小児科、診療所の小児科のみ）を層とし、外来患者延べ数が不明の20施設を除く2,991定点を用いた。

Ⅵ. 全国年間罹患数の推計に関する検討—2000年推計結果と今後の課題—

感染症発生動向調査の主目的は流行の早期把握であり、同システムはそのために設計・稼働されている。一方、感染症発生動向調査の副次的目的として、そのデータに基づいて、全国年間罹患数を推計することが考えられる。「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の施行に伴う同システムの見直しでも、全国年間罹患数の推計を副次的目的に加えることが考慮されている。

第Ⅴ章では、全国年間罹患数の推計のために、基礎データ、推計方法とその吟味が検討された。その検討結果をみると、全国年間罹患数推計には制限や問題などがある。たとえば、2000 年の感染症発生動向調査では、全国年間罹患数の推計に必要な情報が必ずしも完全に整備されているわけではない。推計の前提である層内の「定点選定の無作為性」については、必ずしも成り立っているとは考えにくく、その前提の崩れによる全国年間罹患数推計値への影響も小さくない。

一方、全国年間罹患数は、最も基礎となるものであり、その推計する意義は小さくない。とくに、インフルエンザや小児科定点対象疾患については、現在、全国年間罹患数として提示されたものは見あたらず、また、感染症発生動向調査以外にはそのための統計情報もないように思われる。さらに、感染症発生動向調査に基づく全国年間罹患数の推計に、問題や制限がある以上、実際に推計した上で、その点を含めて議論することはきわめて重要性が大きいと考えられる。

ここでは、感染症発生動向調査に基づく 2000 年の全国年間罹患数推計について、基礎データと推計方法の概要を示す（詳細な推計方法などは第Ⅴ章を参照）。次いで、その基礎データと推計方法を用いて、インフルエンザおよび小児科定点対象 12 疾患について、全国年間罹患数および性、年齢、都道府県と週別の罹患数を推計し、その推計結果を示す。さらに、推計結果を総括するとともに、今後の課題について議論する。

Ⅵ－１．基礎データと推計方法の概要

表Ⅵ－１－１に、基礎データと推計方法の概要を示す。対象疾患はインフルエンザおよび小児科定点対象 12 疾患とした。推計対象は全国年間罹患数および性、年齢、都道府県と週別の罹患数とした。基礎データとして、定点に関する情報と全医療施設に関する情報を用いた。定点に関する情報については、2000 年の各定点における定点指定・報告状況、都道府県、医療施設特性、および、疾患、週、性、年齢階級別の報告数とした。インフルエンザ定点では、定点数は 4,656 であり、年間の平均定点数 4,581 であった。小児科定点では、定点数は 3,011 であり、年間の平均定点数は 2,984 であった。年齢階級としては、インフルエンザでは 0 ～ 4 歳、5 ～ 9 歳、10 ～ 14 歳、15 ～ 19 歳、20 ～ 29 歳、30 ～ 39 歳、40 ～ 49 歳、50 ～ 59 歳、60 ～ 69 歳、70 歳以上の 10 区分とした。小児科定点対象疾患では 0 ～ 4 歳、5 ～ 9 歳、10 ～ 14 歳、15 歳以上の４区分とした。全医療施設に関する情報については、各医療施設（定点以外を含む）の都道府県、医療施設特性とし、目的外使用許可（厚生労働省発統第 130 号、平成 13 年 10 月 29 日）の下で平成 11 年医療施設調査から得た。

推計方法としては、全国年間罹患数の推計値は、層ごとに（層内の定点からの報告数合計）／（層内の定点抽出率）を求め、その層の合計とした。その 95%信頼区間は定点ごとの報告数を用いて、層内の定点間の報告数のばらつきを合計するという形で得た（詳細は図Ⅴ－２－１を参照）。推計の層としては、インフルエンザでは、都道府県と医療施設特性（病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科、病院の内科＋診療所の内科のみの４層）とした。小児科定点対象疾患では、

都道府県と医療施設特性（病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科の３層）とした。定点指定されていないあるいは報告なしの週における報告数は、層ごとの当該週の平均報告数で代用した。その代用の対応として、全国年間罹患数推計値の標準誤差の算定では、定点数の替わりに、年間の平均定点数を用いた（全国年間罹患数の推計値には影響しない）。

表Ⅵ－１－１　基礎データと推計方法の概要

対象疾患	インフルエンザ、小児科定点対象12疾患
推計対象	全国年間罹患数、および、性、年齢、都道府県と週の各々別の罹患数の推計値と95％信頼区間
基礎データ	定点に関する情報：　2000年の感染症発生動向調査から得た、定点指定・報告状況、都道府県、医療施設特性および、疾患、週、性、年齢階級別の報告数 全医療施設に関する情報：平成11年医療施設調査から得た、都道府県、医療施設特性
推計方法	図Ｖ－２－１を参照。 推計の層（インフルエンザ）：都道府県、医療施設特性（病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科病院の内科＋診療所の内科のみ） 推計の層（小児科定点対象疾患）：都道府県、医療施設特性（病院の小児科、診療所の小児科のみ、診療所の内科・小児科）

Ⅵ－２．インフルエンザの推計結果

インフルエンザについて、2000 年の全国年間罹患数、および、性、年齢、内科・小児科、都道府県と週の各々別の罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。

表Ⅵ－２－１に、インフルエンザにおける全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 959 万人（95%信頼区間：918 ～ 999 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 2.1%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 490 万人（同、470 ～ 511 万人）であり、女の 468 万人（同、448 ～ 489 万人）よりもやや多かった。推計値の標準誤差率は男で 2.1%、女で 2.2%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、5 ～ 9 歳が 200 万人（同、191 ～ 210 万人）と最も多く、次いで 0 ～ 4 歳の 155 万人（同、146 ～ 163 万人）であった。高年齢は他の年齢に比べて少なく、60 ～ 69 歳が 41 万人（同、38 ～ 45 万人）、70 歳以上が 31 万人（同、28 ～ 34 万人）であった。推計値の標準誤差率は 2.4 ～ 4.7%であった。

図Ⅵ－２－１に、インフルエンザにおける週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第４週の 185 万人（同、177 ～ 194 万人）と第５週の 187 万人（同、179 ～ 195 万人）をピークとする急峻な山型を示した。

表Ⅵ－２－２に、インフルエンザにおける都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は 5 万人（同、3 ～ 7 万人）～ 66 万人（同、52 ～ 80 万人）であった。推計値の標準誤差率はすべて5%以上であり、39 都道府県が 10%以上であった。

以上、インフルエンザについて 2000 年の罹患数推計値と 95%信頼区間を示した。全国の推計値をみると、その標準誤差率は、全体、性、年齢、内科・小児科別、および、週別の場合のピーク時のいずれでも 5%程度あるいはそれ未満であり、推計精度はある程度に確保されているとみなすことができた。一方、都道府県別にみると、推計値の標準誤差率はかなり高く、推計精度が高くないとみなされた。その推計値は 95%信頼区間と一緒にみることが肝要であろう。

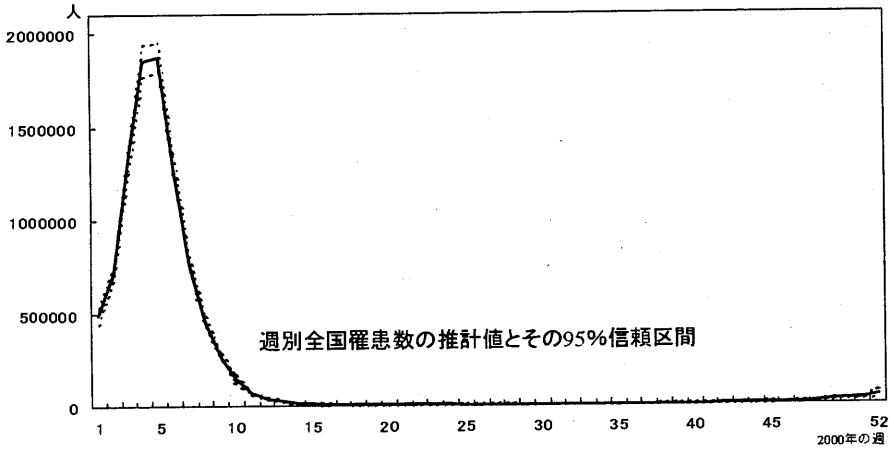
表Ⅵ－２－１　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（インフルエンザ）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	959万人	918～ 999万人	2.1％
男	490	470～ 511	2.1
女	468	448～ 489	2.2
0～ 4歳	155	146～ 163	2.8
5～ 9	200	191～ 210	2.4
10～14	104	99～ 109	2.4
15～19	72	68～ 76	2.9
20～29	111	104～ 117	3.1
30～39	113	106～ 119	2.9
40～49	72	68～ 77	3.2
50～59	60	56～ 65	3.6
60～69	41	38～ 45	4.2
70～	31	28～ 34	4.7

表Ⅵ－２－２　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（インフルエンザ）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	35万人	28～	42万人	10.3％
青森	13	9～	17	14.0
岩手	18	11～	25	19.6
宮城	16	10～	22	19.8
秋田	18	13～	22	12.7
山形	12	10～	13	7.2
福島	18	11～	25	19.2
茨城	16	12～	19	12.1
栃木	11	7～	14	15.8
群馬	19	15～	22	9.5
埼玉	53	40～	67	12.5
千葉	28	23～	34	9.4
東京	66	52～	80	10.7
神奈川	46	35～	57	12.6
新潟	24	17～	31	14.6
富山	16	13～	19	11.0
石川	13	9～	16	14.2
福井	11	9～	14	10.8
山梨	5	3～	7	16.6
長野	25	16～	33	16.9
岐阜	21	16～	25	11.9
静岡	28	19～	37	16.9
愛知	36	29～	44	10.6
三重	17	14～	20	9.5
滋賀	9	6～	11	13.3
京都	25	19～	32	13.1
大阪	39	32～	47	9.5
兵庫	38	32～	44	8.5
奈良	10	8～	12	9.7
和歌山	14	10～	18	15.3
鳥取	8	5～	10	17.5
島根	8	5～	11	17.6
岡山	20	13～	27	17.7
広島	25	19～	30	11.5
山口	15	12～	19	12.1
徳島	13	9～	17	15.2
香川	6	4～	8	16.2
愛媛	19	15～	23	10.8
高知	7	4～	11	23.3
福岡	49	40～	59	9.9
佐賀	8	6～	10	11.1
長崎	14	10～	19	17.0
熊本	17	11～	22	16.3
大分	13	9～	16	13.6
宮崎	10	8～	12	10.5
鹿児島	18	11～	25	19.8
沖縄	9	6～	12	16.5
計	959	918～	999	2.1

図Ⅵ－２－１　週別、全国罹患数の推計値（インフルエンザ）



Ⅵ－３．小児科定点対象疾患の推計結果

小児科定点対象の 12 疾患について、2000 年の全国年間罹患数、および、性、年齢、都道府県と週の各々別の罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。

以下、疾患ごとに、全国、および、性、年齢、週と都道府県別の罹患数推計値と 95%信頼区間について述べる。なお、全国年間罹患数（性、年齢別を含む）を表Ⅵ－３－１～12、週別を図Ⅵ－３－１～12、都道府県別を表Ⅵ－３－13～24に示した。

１）咽頭結膜熱

表Ⅵ－３－１に、咽頭結膜熱における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 18.5 万人（95%信頼区間：15.3 ～ 21.6 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 8.6%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 9.7 万人（同、8.3 ～ 11.2 万人）であり、女の 8.7 万人（同、7.0 ～ 10.4 万人）よりもやや多かった。推計値の標準誤差率は男で 7.6%、女で 10.1%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 10.5 万人（同、9.1 ～ 11.8 万人）、5 ～ 9 歳が 5.7 万人（同、4.9 ～ 6.6 万人）であり、その標準誤差率は 6.7%と 7.3%であった。それ以降の年齢は２万人以下と少なかった。

図Ⅵ－３－１に、咽頭結膜熱における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 30 週の 1.1 万人（同、0.9 ～ 1.4 万人）をピークとする山型を示した。

表Ⅵ－３－13に、咽頭結膜熱における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は多くの都道府県で１万人未満であり、最も多かったのは大阪府の 2.6 万人（同、0.3 ～ 5.0 万人）であった。推計値の標準誤差率はすべて 20%以上であった。

２）Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎

表Ⅵ－３－２に、Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 139 万人（95%信頼区間：128 ～ 150 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 4.0%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 74 万人（同、69 ～ 80 万人）、女で 64 万人（同、59 ～ 70 万人）であり、その標準誤差率は男で 4.0%、女で 4.1%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、5 ～ 9 歳が 73 万人（同、67 ～ 79 万人）と最も多く、次いで 0 ～ 4 歳の 44 万人（同、41 ～ 48 万人）であった。推計値の標準誤差率は 15 歳以上の 13.9%を除いて、5%程度あるいはそれ未満であった。

図Ⅵ－３－２に、Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 20 ～ 24 週で 4.4 万人（同、4.0 ～ 4.8 万人）程度、第 49・50 週で 4.1 万人（同、3.6 ～ 4.5 万人）程度の２つのピークを有していた。

表Ⅵ－３－14に、Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は１万人（同、0 ～ 1 万人）～ 9 万人（同、7 ～ 10 万人）であった。推計値の標準誤差率はすべての都道府県で 10%以上、多くの都道府県で 20%以上であった。

３）感染性胃腸炎

表Ⅵ－３－３に、感染性胃腸炎における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 865 万人（95%信頼区間：823 ～ 908 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 2.5%で

あった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 450 万人（同、428 ～ 472 万人）、女で 416 万人（同、395 ～ 436 万人）であり、その標準誤差率は男女とも 2.5%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 414 万人（同、391 ～ 437 万人）、5 ～ 9 歳が 230 万人（同、217 ～ 244 万人）であった。推計値の標準誤差率はいずれも5%未満であった。

図Ⅵ－３－３に、感染性胃腸炎における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 10・11 週で 33 万人（同、31 ～ 35 万人）程度、第 51 週で 44 万人（同、42 ～ 47 万人）の２つのピークを有していた。

表Ⅵ－３－15に、感染性胃腸炎における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は 2 万人（同、1 ～ 4 万人）～ 77 万人（同、64 ～ 90 万人）であった。推計値の標準誤差率は 39 都道府県で 10%以上であった。

４）水痘

表Ⅵ－３－４に、水痘における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 237 万人（95%信頼区間：228 ～ 246 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 2.0%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 124 万人（同、119 ～ 129 万人）、女で 113 万人（同、108 ～ 118 万人）であり、その標準誤差率は男女とも 2.0%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 182 万人（同、174 ～ 189 万人）、5 ～ 9 歳が 49 万人（同、47 ～ 50 万人）であり、それ以降の年齢は 5 万人未満であった。推計値の標準誤差率はいずれも 5%未満であった。

図Ⅵ－３－４に、水痘における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第１週と第 19 週で 8 万人（同、8 ～ 9 万人）程度の２つのピークを有していた。

表Ⅵ－３－16に、水痘における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は 1 万人（同、1 ～ 2 万人）～ 15 万人（同、12 ～ 18 万人）であった。推計値の標準誤差率は 38 都道府県で 10%以上であった。

５）手足口病

表Ⅵ－３－５に、手足口病における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 185 万人（95%信頼区間：176 ～ 193 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 2.4%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 100 万人（同、96 ～ 105 万人）、女で 84 万人（同、80 ～ 88 万人）であり、その標準誤差率は男で 2.4%、女で 2.5%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 139 万人（同、133 ～ 146 万人）、5 ～ 9 歳が 39 万人（同、37 ～ 41 万人）であり、それ以降の年齢は３万人以下であった。推計値の標準誤差率はいずれも 5%あるいはそれ未満であった。

図Ⅵ－３－５に、手足口病における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 28 週の 16 万人（同、15 ～ 17 万人）をピークとする山型であった。

表Ⅵ－３－17に、手足口病における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数 0 万人（同、0 ～ 0 万人）～ 14 万人（同、11 ～ 17 万人）であった。推計値の標準誤差率は 43 都道府県で 10%以上であった。

６）伝染性紅斑

表Ⅵ－３－６に、伝染性紅斑における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間

罹患数は30.9万人（95%信頼区間：28.6～33.1万人）と推計された。推計値の標準誤差率は3.7%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で15.2万人（同、14.1～16.3万人）、女で15.7万人（同、14.4～16.9万人）であり、その標準誤差率は男で3.7%、女で4.0%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0～4歳が12.4万人（同、11.5～13.3万人）、5～9歳が15.5万人（同、14.2～16.7万人）であり、それ以降の年齢は2万人未満であった。推計値の標準誤差率は15歳以上の8.3%を除いて5%程度あるいはそれ未満であった。

図Ⅵ－3－6に、伝染性紅斑における週別の全国罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第21～28週で1.0万人程度あるいはそれ以上であり、比較的変動が大きかった。

表Ⅵ－3－18に、伝染性紅斑における都道府県別の年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は1万人未満の都道府県が多かった。推計値の標準誤差率は46都道府県で10%以上、多くの都道府県で20%以上であった。

7）突発性発疹

表Ⅵ－3－7に、突発性発疹における全国年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は108万人（95%信頼区間：103～114万人）と推計された。推計値の標準誤差率は2.4%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で56万人（同、53～59万人）、女で52万人（同、50～55万人）であり、その標準誤差率は男女とも2.5%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0～4歳が108万人（同、103～113万人）であり、それ以降の年齢はほとんどなかった。推計値の標準誤差率は0～4歳では2.4%であった。

図Ⅵ－3－7に、突発性発疹における週別の全国罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、比較的変化が小さかった。

表Ⅵ－3－19に、突発性発疹における都道府県別の年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は0万人（同、0～1万人）～8万人（同、6～9万人）であった。推計値の標準誤差率は40都道府県で10%以上であった。

8）百日咳

表Ⅵ－3－8に、百日咳における全国年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は2.8万人（95%信頼区間：2.6～3.1万人）と推計された。推計値の標準誤差率は5.0%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で1.4万人（同、1.2～1.5万人）、女で1.5万人（同、1.3～1.6万人）であり、その標準誤差率は男女とも5.6%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0～4歳が2.3万人（同、2.1～2.6万人）であり、それ以降の年齢は0.3万人以下であった。推計値の標準誤差率は0～4歳では5.0%であった。

図Ⅵ－3－8に、百日咳における週別の全国罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は比較的不安定性が大きかった。

表Ⅵ－3－20に、百日咳における都道府県別の年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数はすべて0.2万人以下であった。推計値の標準誤差率はすべて10%以上、多くの都道府県で20%以上であった。

9）風疹

表Ⅵ－3－9に、風疹における全国年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。全国年間罹患数

は 3.5 万人（95%信頼区間：3.0 ～ 4.1 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 7.8%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 1.9 万人（同、1.5 ～ 2.2 万人）、女で 1.7 万人（同、1.4 ～ 1.9 万人）であり、その標準誤差率は男で 8.6%、女で 7.7%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 1.8 万人（同、1.5 ～ 2.1 万人）であり、それ以降の年齢は 1 万人以下であった。推計値の標準誤差率は 0 ～ 4 歳では 7.7%であった。

図Ⅵ－３－９に、風疹における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 22 週をピークとしたが、比較的不安定性が大きかった。

表Ⅵ－３－21に、風疹における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数はすべて 0.6 万人以下であった。推計値の標準誤差率はすべて 10%以上、ほとんどの都道府県で 20%以上であった。

10）ヘルパンギーナ

表Ⅵ－３－10に、ヘルパンギーナにおける全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 132 万人（95%信頼区間：124 ～ 140 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 3.0%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 69 万人（同、65 ～ 73 万人）、女で 63 万人（同、59 ～ 67 万人）であり、その標準誤差率は男で 3.0%、女で 3.1%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 102 万人（同、96 ～ 108 万人）、5 ～ 9 歳が 25 万人（同、23 ～ 27 万人）であり、それ以降の年齢は 3 万人以下であった。推計値の標準誤差率は 0 ～ 4 歳と 5 ～ 9 歳では 5%未満であった。

図Ⅵ－３－10に、ヘルパンギーナにおける週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 28 週の 16 万人（同、15 ～ 17 万人）をピークとする山型であった。

表Ⅵ－３－22に、ヘルパンギーナにおける都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は 0 万人（同、0 ～ 0 万人）～ 15 万人（同、11 ～ 18 万人）であった。推計値の標準誤差率は 44 都道府県で 10%以上であった。

11）麻疹

表Ⅵ－３－11に、麻疹における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 19.7 万人（95%信頼区間：18.1 ～ 21.3 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 4.1%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 10.7 万人（同、9.8 ～ 11.6 万人）、女で 8.9 万人（同、8.2 ～ 9.7 万人）であり、その標準誤差率は男で 4.2%、女で 4.3%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 12.0 万人（同、11.0 ～ 13.0 万人）、5 ～ 9 歳が 4.2 万人（同、3.8 ～ 4.7 万人）であり、それ以降の年齢は 3 万人以下であった。15 歳以上を除いて、推計値の標準誤差率は 4.4 ～ 6.0%であった。

図Ⅵ－３－11に、麻疹における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 19 ～ 21 週をピークとする山型であった。

表Ⅵ－３－23に、麻疹における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数はいくつかの都道府県を除いて 1 万人未満であった。推計値の標準誤差率は 46 都道府県で 10%以上、ほとんどの都道府県で 20%以上であった。

12）流行性耳下腺炎

表Ⅵ－３－12に、流行性耳下腺炎における全国年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。全国年間罹患数は 117 万人（95%信頼区間：111 ～ 124 万人）と推計された。推計値の標準誤差率は 2.9%であった。性別の全国年間罹患数の推計値は、男で 63 万人（同、59 ～ 67 万人）、女で 54 万人（同、51 ～ 58 万人）であり、その標準誤差率は男で 2.9%、女で 3.0%であった。年齢別全国年間罹患数の推計値は、0 ～ 4 歳が 52 万人（同、49 ～ 55 万人）、5 ～ 9 歳が 55 万人（同、52 ～ 58 万人）であり、それ以降の年齢は 6 万人以下であった。推計値の標準誤差率はいずれも 5%未満であった。

図Ⅵ－３－12に、流行性耳下腺炎における週別の全国罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。週別の全国罹患数は、第 28 週の 3.1 万人（同、2.7 ～ 3.4 万人）と第 49 週の 4.4 万人（同、4.0 ～ 4.8 万人）をピークとする２つの山が見られた。

表Ⅵ－３－24に、流行性耳下腺炎における都道府県別の年間罹患数の推計値と 95%信頼区間を示す。都道府県別の年間罹患数は 0 万人（同、0 ～ 0 万人）～ 11 万人（同、9 ～ 12 万人）であった。推計値の標準誤差率は 42 都道府県で 10%以上であった。

以上、小児科定点対象の 12 疾患について、2000 年の罹患数推計値と 95%信頼区間を示した。全国の推計値をみると、その標準誤差率は 10 疾患で 5%あるいはそれ未満であり、咽頭結膜熱で 8.6%、風疹で 7.8%であった。性、年齢別の推計値の標準誤差率も、推計値がきわめて小さい年齢などの場合を除いて、全体とほぼ同程度であった。したがって、推計精度はある程度に確保されているとみなすことができた。一方、都道府県別にみると、推計値の標準誤差率はきわめて大きく、推計精度が低いとみなされた。推計精度があまり低い疾患では、その推計値を提示しないことも考慮した方がよいかもしれない。

表Ⅵ－３－１　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（咽頭結膜熱）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	18.5万人	15.3～ 21.6万人	8.6％
男	9.7	8.3～ 11.2	7.6
女	8.7	7.0～ 10.4	10.1
0～ 4歳	10.5	9.1～ 11.8	6.7
5～ 9	5.7	4.9～ 6.6	7.3
10～14	0.7	0.5～ 0.9	15.8
15～	1.6	0.2～ 3.0	46.1

表Ⅵ－３－２　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	139万人	128～ 150万人	4.0％
男	74	69～ 80	4.0
女	64	59～ 70	4.1
0～ 4歳	44	41～ 48	4.0
5～ 9	73	67～ 79	4.0
10～14	10	9～ 11	5.2
15～	12	8～ 15	13.9

表Ⅵ－３－３　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（感染性胃腸炎）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	865万人	823～ 908万人	2.5％
男	450	428～ 472	2.5
女	416	395～ 436	2.5
0～ 4歳	414	391～ 437	2.8
5～ 9	230	217～ 244	3.0
10～14	73	69～ 77	2.9
15～	148	138～ 159	3.6

表Ⅵ－３－４　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（水痘）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
総数	237万人	228～	246万人	2.0％
男	124	119～	129	2.0
女	113	108～	118	2.0
0～ 4歳	182	174～	189	2.1
5～ 9	49	47～	50	2.0
10～14	4	3～	4	3.1
15～	3	3～	3	4.3

表Ⅵ－３－５　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（手足口病）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
総数	185万人	176～	193万人	2.4％
男	100	96～	105	2.4
女	84	80～	88	2.5
0～ 4歳	139	133～	146	2.4
5～ 9	39	37～	41	2.8
10～14	3	3～	3	3.9
15～	3	3～	3	5.0

表Ⅵ－３－６　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（伝染性紅斑）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
総数	30.9万人	28.6～	33.1万人	3.7％
男	15.2	14.1～	16.3	3.7
女	15.7	14.4～	16.9	4.0
0～ 4歳	12.4	11.5～	13.3	3.6
5～ 9	15.5	14.2～	16.7	4.1
10～14	1.9	1.7～	2.1	5.1
15～	1.1	0.9～	1.2	8.3

表Ⅵ－３－７　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（突発性発疹）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
総数	108万人	103～	114万人	2.4％
男	56	53～	59	2.5
女	52	50～	55	2.5
0～ 4歳	108	103～	113	2.4
5～ 9	0	0～	0	8.4
10～14	0	0～	0	21.6
15～	0	0～	0	26.5

表Ⅵ－３－８　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（百日咳）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
総数	2.8万人	2.6～	3.1万人	5.0％
男	1.4	1.2～	1.5	5.6
女	1.5	1.3～	1.6	5.6
0～ 4歳	2.3	2.1～	2.6	5.0
5～ 9	0.3	0.3～	0.4	8.6
10～14	0.1	0.1～	0.1	23.3
15～	0.1	0.1～	0.1	22.1

表Ⅵ－３－９　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（風疹）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
総数	3.5万人	3.0～	4.1万人	7.8％
男	1.9	1.5～	2.2	8.6
女	1.7	1.4～	1.9	7.7
0～ 4歳	1.8	1.5～	2.1	7.7
5～ 9	0.9	0.7～	1.2	13.4
10～14	0.3	0.3～	0.4	10.0
15～	0.5	0.4～	0.6	12.0

表Ⅵ－３－10　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（ヘルパンギーナ）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	132万人	124～ 140万人	3.0
男	69	65～ 73	3.0
女	63	59～ 67	3.1
0～ 4歳	102	96～ 108	2.9
5～ 9	25	23～ 27	3.9
10～14	2	2～ 2	8.5
15～	3	1～ 4	24.0

表Ⅵ－３－11　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（麻疹）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	19.7万人	18.1～ 21.3万人	4.1％
男	10.7	9.8～ 11.6	4.2
女	8.9	8.2～ 9.7	4.3
0～ 4歳	12.0	11.0～ 13.0	4.4
5～ 9	4.2	3.8～ 4.7	5.0
10～14	2.1	1.8～ 2.3	6.0
15～	1.4	1.1～ 1.6	10.0

表Ⅵ－３－12　全国年間罹患数の推計値と95％信頼区間（流行性耳下腺炎）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
総数	117万人	111～ 124万人	2.9％
男	63	59～ 67	2.9
女	54	51～ 58	3.0
0～ 4歳	52	49～ 55	3.2
5～ 9	55	52～ 58	3.0
10～14	6	6～ 7	3.3
15～	4	4～ 4	4.2

表Ⅵ－３－13　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（咽頭結膜熱）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	0.2万人	0.1～	0.4万人	23.8%
青森	0.1	0.0～	0.3	68.7
岩手	0.0	0.0～	0.0	36.2
宮城	0.2	0.1～	0.3	23.2
秋田	0.1	0.0～	0.1	33.4
山形	0.1	0.0～	0.1	23.5
福島	0.2	0.0～	0.3	38.0
茨城	0.1	0.0～	0.1	20.5
栃木	0.2	0.0～	0.3	41.2
群馬	0.1	0.0～	0.2	29.1
埼玉	1.0	0.6～	1.4	21.9
千葉	0.5	0.3～	0.8	25.2
東京	1.0	0.7～	1.4	16.9
神奈川	0.7	0.4～	1.1	22.4
新潟	0.4	0.0～	0.7	57.1
富山	0.1	0.0～	0.2	32.3
石川	0.2	0.1～	0.2	25.9
福井	0.1	0.0～	0.2	32.6
山梨	0.1	0.0～	0.2	70.9
長野	0.3	0.2～	0.5	25.8
岐阜	0.2	0.1～	0.3	23.5
静岡	0.7	0.3～	1.1	28.8
愛知	0.6	0.3～	0.8	21.3
三重	0.2	0.1～	0.2	23.8
滋賀	0.3	0.0～	0.5	45.4
京都	0.2	0.1～	0.3	19.2
大阪	2.6	0.3～	5.0	46.0
兵庫	1.4	0.7～	2.1	25.9
奈良	0.1	0.0～	0.1	37.5
和歌山	1.2	0.1～	2.2	45.3
鳥取	0.4	0.0～	1.0	66.7
島根	0.1	0.0～	0.3	54.7
岡山	1.0	0.4～	1.5	28.6
広島	0.9	0.3～	1.5	33.9
山口	0.1	0.1～	0.2	17.0
徳島	0.6	0.0～	1.1	49.6
香川	0.2	0.1～	0.3	28.1
愛媛	0.3	0.1～	0.4	28.4
高知	0.1	0.0～	0.2	36.3
福岡	0.4	0.2～	0.7	27.3
佐賀	0.0	0.0～	0.0	31.7
長崎	0.1	0.0～	0.2	42.2
熊本	0.3	0.2～	0.4	20.1
大分	0.4	0.2～	0.6	27.2
宮崎	0.2	0.1～	0.4	29.1
鹿児島	0.1	0.0～	0.1	33.1
沖縄	0.1	0.0～	0.2	38.0
計	18.5	15.3～	21.6	8.6

表Ⅵ－３－14　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	5万人	3～	6万人	15.2%
青森	2	0～	3	39.8
岩手	1	0～	1	23.2
宮城	3	2～	5	21.3
秋田	1	1～	2	24.5
山形	2	1～	2	15.6
福島	3	1～	4	26.8
茨城	3	1～	5	31.5
栃木	4	2～	5	21.6
群馬	4	2～	6	22.6
埼玉	9	7～	10	10.2
千葉	8	6～	11	12.2
東京	7	5～	9	15.2
神奈川	7	6～	9	12.5
新潟	5	2～	8	27.9
富山	1	0～	1	26.3
石川	1	1～	2	27.3
福井	2	1～	3	30.9
山梨	1	0～	1	23.0
長野	3	2～	5	25.0
岐阜	2	1～	4	26.4
静岡	3	2～	4	16.7
愛知	9	5～	12	20.4
三重	3	1～	5	38.0
滋賀	2	0～	4	42.1
京都	3	1～	6	36.0
大阪	8	5～	11	18.3
兵庫	4	3～	6	17.6
奈良	1	0～	2	36.4
和歌山	1	0～	3	50.4
鳥取	5	1～	9	43.9
島根	1	0～	1	33.9
岡山	2	1～	2	16.0
広島	2	1～	3	19.3
山口	2	1～	2	20.4
徳島	1	0～	2	45.9
香川	1	0～	1	18.7
愛媛	1	1～	2	22.8
高知	1	1～	1	18.0
福岡	4	3～	6	19.0
佐賀	1	0～	1	18.4
長崎	1	0～	1	21.0
熊本	2	1～	2	21.1
大分	2	1～	3	30.6
宮崎	2	1～	3	29.8
鹿児島	1	1～	1	15.4
沖縄	1	0～	3	66.5
計	139	128～	150	4.0

表Ⅵ－３－15　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（感染性胃腸炎）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	12万人	6～	18万人	26.8％
青森	6	2～	10	36.2
岩手	3	2～	4	17.4
宮城	23	18～	27	10.7
秋田	9	5～	13	24.8
山形	8	5～	11	21.4
福島	24	15～	33	18.3
茨城	15	10～	19	16.5
栃木	13	8～	19	21.3
群馬	12	8～	16	15.7
埼玉	47	39～	54	8.3
千葉	35	25～	44	14.1
東京	77	64～	90	8.4
神奈川	41	33～	48	9.4
新潟	13	9～	17	16.5
富山	7	4～	10	23.6
石川	9	4～	13	26.3
福井	12	9～	15	12.5
山梨	4	2～	6	28.5
長野	20	12～	28	21.4
岐阜	12	7～	17	22.7
静岡	24	20～	28	9.5
愛知	53	43～	63	9.9
三重	20	13～	27	18.6
滋賀	6	4～	7	16.0
京都	36	19～	54	25.0
大阪	53	45～	61	7.8
兵庫	47	40～	55	7.9
奈良	13	8～	19	19.9
和歌山	10	3～	17	36.0
鳥取	13	8～	19	21.9
島根	6	3～	10	29.8
岡山	16	12～	20	11.9
広島	19	13～	24	14.1
山口	12	8～	17	18.9
徳島	10	6～	13	19.9
香川	5	3～	8	26.7
愛媛	9	6～	12	17.1
高知	4	3～	5	15.6
福岡	42	32～	51	11.3
佐賀	7	4～	10	24.4
長崎	8	4～	12	27.2
熊本	15	10～	19	15.2
大分	14	8～	19	21.2
宮崎	10	8～	12	9.4
鹿児島	12	9～	15	13.8
沖縄	2	1～	4	35.7
計	865	823～	908	2.5

表Ⅵ－３－16　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（水痘）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	9万人	6～	11万人	13.3％
青森	3	2～	4	14.2
岩手	2	1～	2	20.6
宮城	5	3～	6	15.1
秋田	2	1～	2	13.5
山形	3	2～	3	13.0
福島	6	5～	8	12.2
茨城	4	3～	5	15.0
栃木	3	3～	4	11.7
群馬	5	4～	5	9.8
埼玉	11	10～	12	6.4
千葉	11	9～	12	7.6
東京	14	12～	17	8.2
神奈川	13	11～	14	7.1
新潟	5	4～	6	11.6
富山	2	1～	2	17.2
石川	3	2～	3	15.8
福井	3	2～	4	16.9
山梨	1	1～	2	17.6
長野	5	3～	8	19.7
岐阜	6	4～	9	20.8
静岡	7	6～	8	9.1
愛知	14	11～	16	8.8
三重	5	3～	7	20.5
滋賀	2	2～	3	14.0
京都	5	4～	6	13.3
大阪	15	12～	18	9.0
兵庫	10	9～	12	7.8
奈良	3	2～	4	13.3
和歌山	3	2～	5	17.6
鳥取	2	1～	3	16.5
島根	2	1～	2	17.0
岡山	4	3～	4	13.0
広島	4	3～	5	10.4
山口	3	2～	4	13.8
徳島	3	2～	4	14.7
香川	1	1～	2	21.8
愛媛	2	1～	3	19.5
高知	1	1～	2	19.2
福岡	11	9～	14	10.5
佐賀	3	1～	4	25.6
長崎	3	2～	5	22.9
熊本	5	4～	6	14.0
大分	4	2～	5	20.2
宮崎	3	2～	4	17.1
鹿児島	3	2～	4	13.8
沖縄	3	2～	3	11.6
計	237	228～	246	2.0

表Ⅵ－３－17　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（手足口病）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	7万人	5～	9万人	14.1％
青森	1	1～	2	16.7
岩手	1	0～	1	24.1
宮城	2	1～	3	19.1
秋田	0	0～	0	16.6
山形	3	1～	6	38.3
福島	3	2～	4	17.7
茨城	2	2～	3	15.0
栃木	5	3～	6	15.9
群馬	6	4～	7	10.4
埼玉	10	9～	12	7.5
千葉	7	6～	8	8.5
東京	14	11～	17	10.2
神奈川	9	7～	10	7.2
新潟	2	1～	2	14.3
富山	1	1～	2	20.8
石川	1	1～	2	21.0
福井	1	1～	2	17.0
山梨	1	1～	1	16.8
長野	5	3～	6	17.3
岐阜	2	1～	3	18.9
静岡	6	4～	7	13.4
愛知	7	6～	9	10.2
三重	4	2～	7	27.4
滋賀	2	1～	2	19.1
京都	4	2～	5	17.1
大阪	13	11～	16	10.0
兵庫	9	7～	11	9.3
奈良	5	4～	7	16.7
和歌山	3	2～	4	14.1
鳥取	2	1～	3	25.1
島根	1	1～	2	18.4
岡山	1	1～	2	13.6
広島	3	2～	3	16.3
山口	2	2～	3	12.0
徳島	2	1～	3	19.6
香川	1	1～	1	19.9
愛媛	2	1～	2	19.5
高知	1	0～	1	18.8
福岡	10	9～	12	9.2
佐賀	4	1～	6	30.7
長崎	3	2～	4	18.2
熊本	7	5～	8	13.8
大分	3	2～	4	20.0
宮崎	2	1～	2	17.7
鹿児島	3	3～	4	12.6
沖縄	1	1～	2	13.6
計	185	176～	193	2.4

表Ⅵ－３－18　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（伝染性紅斑）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
北海道	1.9万人	1.2～ 2.7万人	20.0%
青森	0.6	0.3～ 0.9	26.7
岩手	0.3	0.2～ 0.4	16.8
宮城	0.9	0.6～ 1.2	14.9
秋田	0.1	0.1～ 0.2	28.1
山形	0.4	0.2～ 0.6	22.1
福島	1.4	0.8～ 2.0	22.6
茨城	0.4	0.2～ 0.6	24.4
栃木	0.2	0.1～ 0.3	25.8
群馬	0.4	0.3～ 0.5	13.1
埼玉	1.9	1.5～ 2.2	10.3
千葉	2.2	1.7～ 2.8	11.8
東京	3.7	2.8～ 4.5	11.8
神奈川	2.7	2.3～ 3.2	8.7
新潟	0.9	0.6～ 1.2	18.9
富山	0.1	0.0～ 0.2	54.2
石川	0.1	0.1～ 0.2	20.3
福井	0.1	0.0～ 0.2	31.5
山梨	0.2	0.0～ 0.4	40.4
長野	1.3	0.5～ 2.0	31.3
岐阜	0.3	0.2～ 0.4	20.9
静岡	0.4	0.3～ 0.5	17.3
愛知	2.3	1.4～ 3.1	18.7
三重	0.3	0.1～ 0.5	29.2
滋賀	0.1	0.0～ 0.1	28.2
京都	0.5	0.2～ 0.9	31.6
大阪	1.0	0.7～ 1.3	14.0
兵庫	0.8	0.3～ 1.2	29.5
奈良	0.1	0.0～ 0.2	32.7
和歌山	0.2	0.0～ 0.4	41.9
鳥取	0.2	0.1～ 0.3	30.4
島根	0.1	0.0～ 0.1	26.7
岡山	0.3	0.2～ 0.4	19.2
広島	0.3	0.2～ 0.5	24.3
山口	0.2	0.1～ 0.3	28.1
徳島	0.1	0.0～ 0.1	26.8
香川	0.2	0.0～ 0.4	42.7
愛媛	0.1	0.0～ 0.1	32.1
高知	0.1	0.0～ 0.1	33.0
福岡	1.5	1.1～ 2.0	15.5
佐賀	0.5	0.2～ 0.8	29.4
長崎	0.1	0.0～ 0.2	37.0
熊本	0.5	0.3～ 0.6	16.8
大分	0.6	0.2～ 0.9	33.7
宮崎	0.2	0.1～ 0.2	22.0
鹿児島	0.1	0.1～ 0.2	24.1
沖縄	0.1	0.0～ 0.1	28.6
計	30.9	28.6～ 33.1	3.7

表Ⅵ－３－19　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（突発性発疹）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	3万人	2～	4万人	13.7%
青森	1	0～	1	24.8
岩手	1	0～	1	22.4
宮城	2	2～	3	14.6
秋田	1	1～	1	19.0
山形	1	1～	2	19.9
福島	3	2～	4	20.5
茨城	1	1～	2	17.6
栃木	2	1～	2	15.5
群馬	2	1～	2	12.7
埼玉	5	4～	6	8.0
千葉	4	3～	5	8.9
東京	8	6～	9	9.6
神奈川	7	6～	8	8.5
新潟	2	1～	2	16.2
富山	1	1～	1	16.5
石川	1	1～	1	15.5
福井	1	1～	2	21.9
山梨	0	0～	1	28.7
長野	2	1～	4	31.4
岐阜	2	1～	3	23.0
静岡	4	3～	4	10.8
愛知	7	5～	8	9.6
三重	2	2～	3	14.0
滋賀	1	1～	2	18.7
京都	3	2～	4	17.6
大阪	8	6～	10	10.6
兵庫	5	4～	6	8.7
奈良	1	1～	2	20.0
和歌山	1	1～	2	23.8
鳥取	1	1～	2	24.7
島根	1	0～	1	25.9
岡山	2	1～	3	27.0
広島	2	1～	3	19.4
山口	2	1～	2	14.2
徳島	2	1～	2	23.8
香川	1	0～	1	29.6
愛媛	1	1～	1	11.9
高知	1	0～	1	27.2
福岡	5	4～	5	9.5
佐賀	2	1～	2	27.6
長崎	1	1～	2	19.7
熊本	2	2～	3	15.4
大分	2	1～	3	27.2
宮崎	1	1～	1	12.3
鹿児島	1	1～	2	16.4
沖縄	1	0～	1	16.6
計	108	103～	114	2.4

表Ⅵ－３－20　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（百日咳）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	0.0万人	0.0～	0.1万人	39.4%
青森	0.0	0.0～	0.0	44.5
岩手	0.0	0.0～	0.0	19.1
宮城	0.1	0.1～	0.1	22.7
秋田	0.0	0.0～	0.0	28.1
山形	0.0	0.0～	0.1	31.2
福島	0.1	0.0～	0.1	24.6
茨城	0.0	0.0～	0.0	18.9
栃木	0.0	0.0～	0.0	29.9
群馬	0.0	0.0～	0.1	23.9
埼玉	0.1	0.1～	0.2	15.2
千葉	0.2	0.1～	0.2	21.8
東京	0.1	0.1～	0.2	20.2
神奈川	0.1	0.0～	0.1	32.7
新潟	0.1	0.0～	0.1	41.2
富山	0.0	0.0～	0.0	33.3
石川	0.0	0.0～	0.0	32.0
福井	0.0	0.0～	0.0	28.9
山梨	0.0	0.0～	0.0	67.6
長野	0.0	0.0～	0.1	34.0
岐阜	0.0	0.0～	0.1	45.1
静岡	0.1	0.0～	0.1	28.8
愛知	0.1	0.1～	0.2	12.9
三重	0.0	0.0～	0.1	47.6
滋賀	0.0	0.0～	0.1	53.2
京都	0.0	0.0～	0.1	20.7
大阪	0.3	0.2～	0.5	22.4
兵庫	0.2	0.1～	0.2	24.5
奈良	0.0	0.0～	0.0	25.8
和歌山	0.1	0.0～	0.1	45.2
鳥取	0.0	0.0～	0.0	39.8
島根	0.0	0.0～	0.1	36.9
岡山	0.1	0.0～	0.1	19.7
広島	0.1	0.0～	0.1	23.4
山口	0.0	0.0～	0.1	40.0
徳島	0.1	0.0～	0.1	53.1
香川	0.0	0.0～	0.0	19.4
愛媛	0.0	0.0～	0.0	31.1
高知	0.0	0.0～	0.1	33.6
福岡	0.2	0.1～	0.2	16.7
佐賀	0.0	0.0～	0.0	41.4
長崎	0.0	0.0～	0.1	48.7
熊本	0.1	0.0～	0.1	30.7
大分	0.1	0.0～	0.1	37.9
宮崎	0.1	0.0～	0.1	28.1
鹿児島	0.1	0.1～	0.1	18.5
沖縄	0.0	0.0～	0.0	35.5
計	2.8	2.6～	3.1	5.0

表Ⅵ－３－21　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（風疹）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	0.1万人	0.0～	0.2万人	39.9%
青森	0.0	0.0～	0.1	39.3
岩手	0.0	0.0～	0.0	24.5
宮城	0.0	0.0～	0.1	41.9
秋田	0.0	0.0～	0.1	40.5
山形	0.0	0.0～	0.0	57.5
福島	0.1	0.0～	0.2	76.1
茨城	0.1	0.0～	0.1	19.3
栃木	0.1	0.0～	0.2	30.9
群馬	0.0	0.0～	0.0	34.3
埼玉	0.1	0.1～	0.2	15.4
千葉	0.3	0.1～	0.6	36.9
東京	0.6	0.4～	0.8	17.2
神奈川	0.2	0.1～	0.2	15.4
新潟	0.0	0.0～	0.0	56.7
富山	0.0	0.0～	0.0	41.8
石川	0.0	0.0～	0.0	46.1
福井	0.0	0.0～	0.0	35.1
山梨	0.0	0.0～	0.0	41.1
長野	0.0	0.0～	0.0	43.5
岐阜	0.1	0.0～	0.1	26.8
静岡	0.1	0.0～	0.1	24.6
愛知	0.1	0.1～	0.2	17.4
三重	0.0	0.0～	0.0	31.0
滋賀	0.1	0.0～	0.1	41.9
京都	0.1	0.0～	0.1	32.7
大阪	0.4	0.3～	0.5	14.2
兵庫	0.1	0.0～	0.1	22.2
奈良	0.0	0.0～	0.0	24.7
和歌山	0.0	0.0～	0.1	61.1
鳥取	0.0	0.0～	0.0	78.1
島根	0.0	0.0～	0.0	45.4
岡山	0.1	0.0～	0.1	40.3
広島	0.1	0.0～	0.1	26.6
山口	0.0	0.0～	0.0	45.3
徳島	0.0	0.0～	0.0	51.7
香川	0.0	0.0～	0.0	21.6
愛媛	0.0	0.0～	0.0	34.7
高知	0.0	0.0～	0.1	56.3
福岡	0.1	0.0～	0.2	37.7
佐賀	0.0	0.0～	0.0	43.3
長崎	0.0	0.0～	0.0	32.7
熊本	0.1	0.0～	0.1	32.0
大分	0.0	0.0～	0.0	50.6
宮崎	0.3	0.0～	0.7	59.1
鹿児島	0.0	0.0～	0.0	22.4
沖縄	0.0	0.0～	0.1	25.1
計	3.5	3.0～	4.1	7.8

表Ⅵ－３－22　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（ヘルパンギーナ）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	3万人	2～	3万人	18.1％
青森	2	1～	4	33.2
岩手	2	0～	3	39.1
宮城	4	3～	5	15.1
秋田	1	1～	2	24.1
山形	1	0～	1	17.8
福島	6	4～	8	18.1
茨城	2	1～	4	27.8
栃木	2	1～	3	18.3
群馬	3	2～	4	13.8
埼玉	8	7～	10	9.0
千葉	9	8～	10	7.6
東京	15	11～	18	11.7
神奈川	10	7～	12	13.6
新潟	3	2～	4	16.2
富山	1	1～	2	23.1
石川	1	0～	1	18.3
福井	1	1～	1	17.4
山梨	0	0～	1	19.9
長野	5	3～	7	21.1
岐阜	3	2～	5	20.4
静岡	4	3～	5	14.8
愛知	8	6～	10	14.1
三重	2	1～	2	11.8
滋賀	1	0～	1	24.0
京都	2	1～	2	21.8
大阪	7	5～	9	15.8
兵庫	4	3～	5	9.8
奈良	0	0～	1	17.0
和歌山	0	0～	1	18.8
鳥取	1	1～	2	26.6
島根	0	0～	1	26.0
岡山	2	1～	2	16.9
広島	2	1～	3	18.6
山口	1	1～	2	15.4
徳島	1	0～	2	26.8
香川	1	1～	2	23.8
愛媛	1	1～	1	14.7
高知	1	0～	1	19.0
福岡	4	3～	4	13.0
佐賀	1	1～	1	19.1
長崎	1	0～	1	23.9
熊本	2	1～	4	22.4
大分	2	1～	3	24.2
宮崎	1	1～	1	23.5
鹿児島	1	0～	1	18.0
沖縄	0	0～	0	41.1
計	132	124～	140	3.0

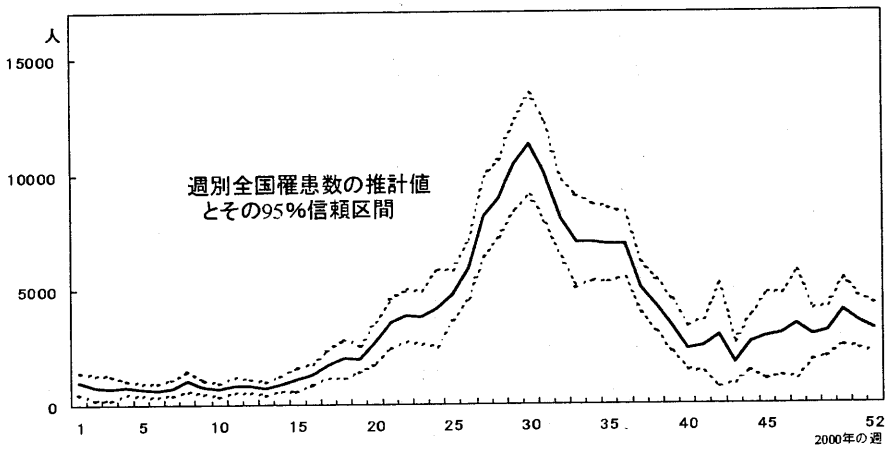
表Ⅵ－３－23　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（麻疹）

	推計値	95％信頼区間	標準誤差率
北海道	0.6万人	0.2～ 0.9万人	32.8％
青森	0.1	0.0～ 0.1	29.3
岩手	0.2	0.1～ 0.4	37.9
宮城	0.2	0.1～ 0.3	22.6
秋田	0.0	0.0～ 0.0	20.9
山形	0.0	0.0～ 0.0	53.9
福島	0.2	0.1～ 0.2	18.3
茨城	0.4	0.3～ 0.5	14.5
栃木	0.8	0.4～ 1.1	22.8
群馬	0.1	0.0～ 0.1	28.9
埼玉	0.7	0.5～ 0.8	10.1
千葉	2.1	1.5～ 2.7	15.1
東京	1.5	1.0～ 1.9	17.3
神奈川	0.9	0.6～ 1.1	12.9
新潟	0.0	0.0～ 0.0	27.3
富山	0.0	0.0～ 0.1	49.0
石川	0.1	0.0～ 0.2	62.5
福井	0.1	0.0～ 0.1	20.8
山梨	0.1	0.0～ 0.1	23.3
長野	0.0	0.0～ 0.0	24.4
岐阜	0.4	0.2～ 0.7	26.1
静岡	0.1	0.1～ 0.2	17.2
愛知	0.4	0.3～ 0.6	13.8
三重	0.1	0.1～ 0.2	12.4
滋賀	0.5	0.1～ 0.9	38.2
京都	0.3	0.2～ 0.4	17.5
大阪	3.8	3.1～ 4.6	9.7
兵庫	0.8	0.5～ 1.0	18.3
奈良	0.9	0.5～ 1.4	22.5
和歌山	0.4	0.2～ 0.7	30.1
鳥取	0.0	0.0～ 0.0	28.3
島根	0.0	0.0～ 0.1	34.3
岡山	0.4	0.3～ 0.6	16.8
広島	0.3	0.2～ 0.4	23.8
山口	0.1	0.0～ 0.1	28.3
徳島	0.2	0.1～ 0.4	26.4
香川	0.3	0.1～ 0.5	30.9
愛媛	0.0	0.0～ 0.1	22.9
高知	0.6	0.2～ 1.0	31.6
福岡	1.0	0.6～ 1.3	20.0
佐賀	0.0	0.0～ 0.0	30.1
長崎	0.0	0.0～ 0.0	22.0
熊本	0.1	0.0～ 0.1	18.0
大分	0.5	0.2～ 0.7	27.9
宮崎	0.1	0.0～ 0.1	26.8
鹿児島	0.2	0.1～ 0.3	34.5
沖縄	0.1	0.0～ 0.1	22.9
計	19.7	18.1～ 21.3	4.1

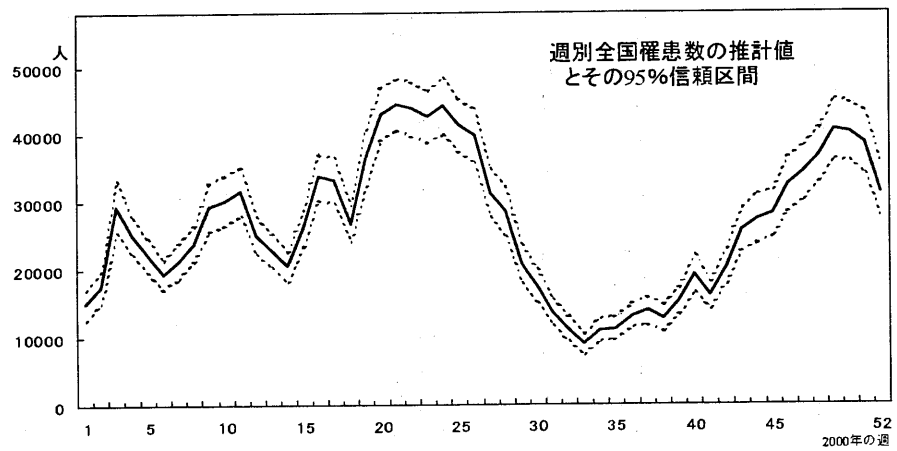
表Ⅵ－３－24　都道府県別、年間罹患数の推計値と95％信頼区間（流行性耳下腺炎）

	推計値	95％信頼区間		標準誤差率
北海道	5万人	3～	6万人	17.0%
青森	2	1～	2	15.9
岩手	0	0～	0	20.6
宮城	1	0～	1	17.8
秋田	0	0～	0	16.8
山形	0	0～	1	33.4
福島	1	1～	1	17.6
茨城	1	1～	2	14.7
栃木	1	0～	1	18.0
群馬	4	3～	5	12.1
埼玉	11	9～	12	8.3
千葉	6	5～	8	9.5
東京	10	8～	11	9.2
神奈川	8	7～	10	9.4
新潟	2	1～	4	22.8
富山	0	0～	0	28.0
石川	0	0～	0	37.5
福井	1	1～	2	21.0
山梨	0	0～	0	25.0
長野	2	1～	3	33.0
岐阜	3	2～	4	22.7
静岡	5	3～	7	22.1
愛知	7	6～	8	9.8
三重	3	1～	5	38.5
滋賀	1	1～	1	17.7
京都	2	1～	3	21.2
大阪	7	6～	9	11.5
兵庫	4	4～	5	10.4
奈良	1	1～	1	19.1
和歌山	0	0～	1	13.9
鳥取	1	0～	2	31.7
島根	2	1～	3	28.0
岡山	1	1～	1	16.8
広島	2	2～	3	17.9
山口	3	2～	5	19.9
徳島	0	0～	0	27.3
香川	1	0～	2	35.1
愛媛	0	0～	0	17.7
高知	1	1～	1	20.5
福岡	5	4～	7	15.7
佐賀	1	0～	3	47.5
長崎	1	0～	1	31.3
熊本	4	3～	6	14.7
大分	1	1～	1	22.8
宮崎	1	1～	2	23.1
鹿児島	1	0～	1	22.7
沖縄	0	0～	1	28.6
計	117	111～	124	2.9

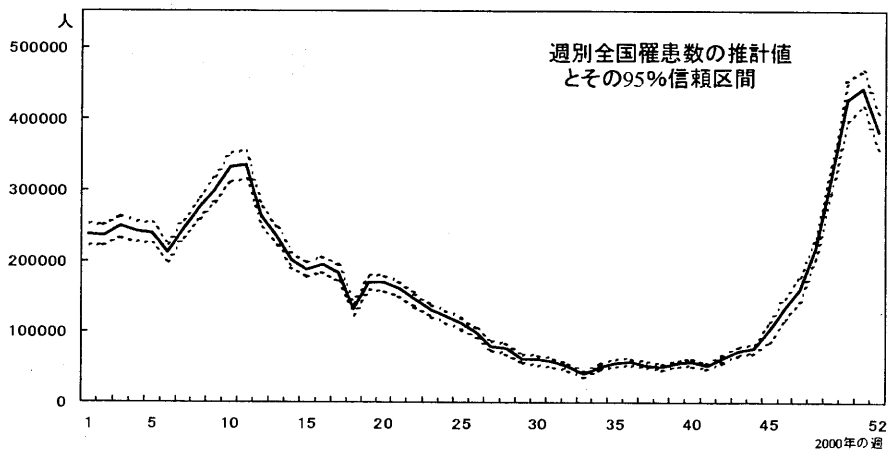
図Ⅵ－３－１　週別、全国罹患数の推計値（咽頭結膜熱）



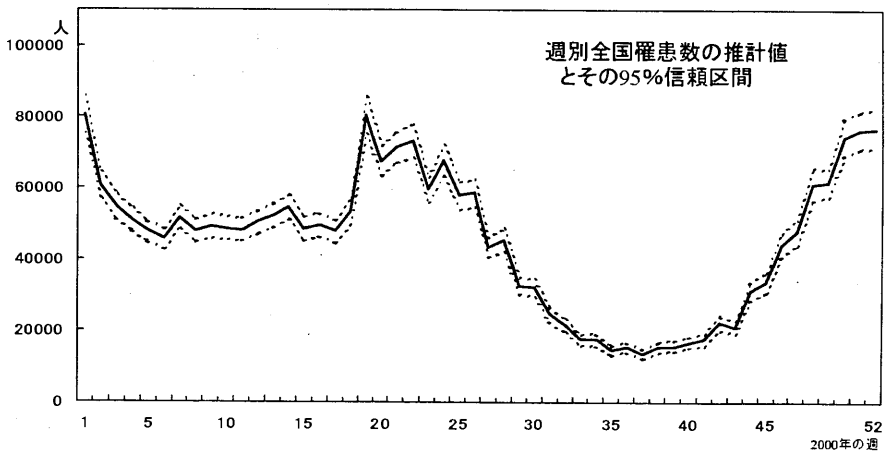
図Ⅵ－３－２　週別、全国罹患数の推計値（Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎）



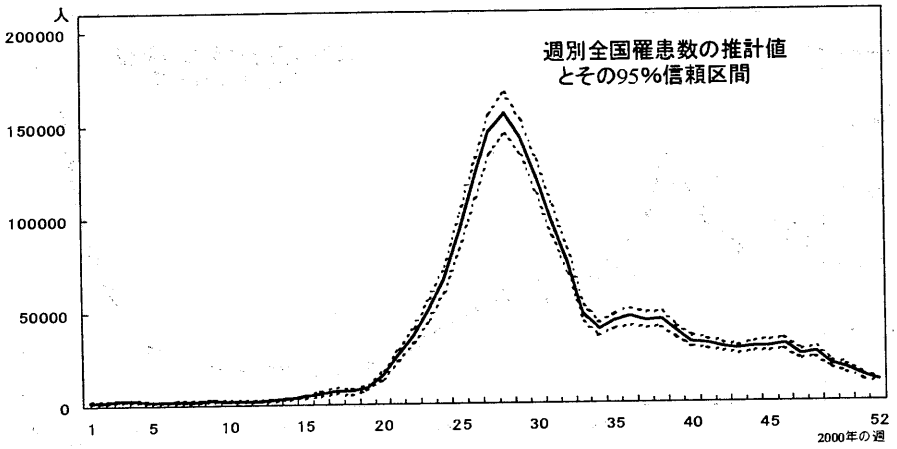
図Ⅵ－３－３　週別、全国罹患数の推計値（感染性胃腸炎）



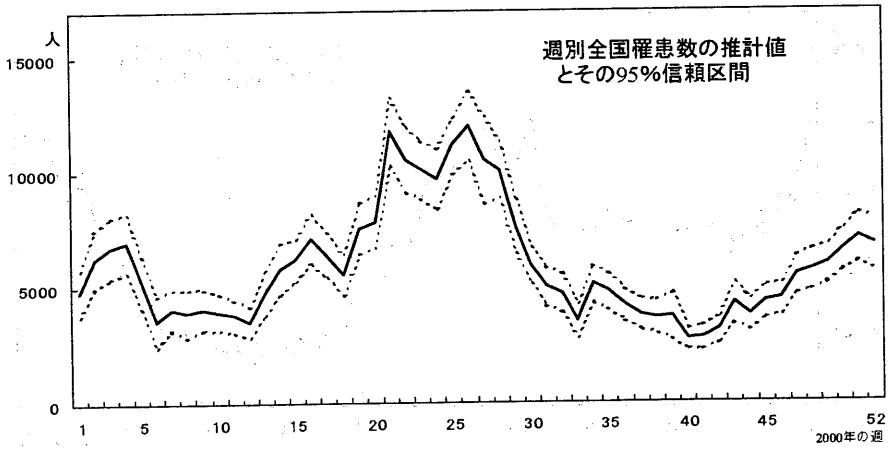
図Ⅵ－３－４　週別、全国罹患数の推計値（水痘）



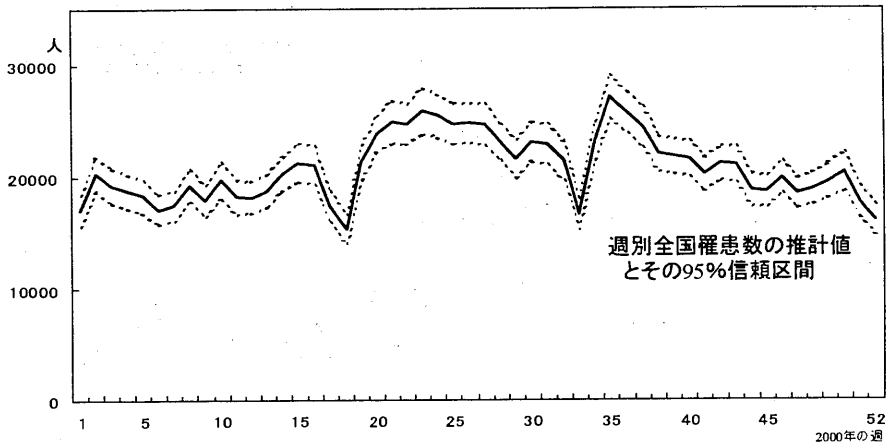
図Ⅵ－３－５　週別、全国罹患数の推計値（手足口病）



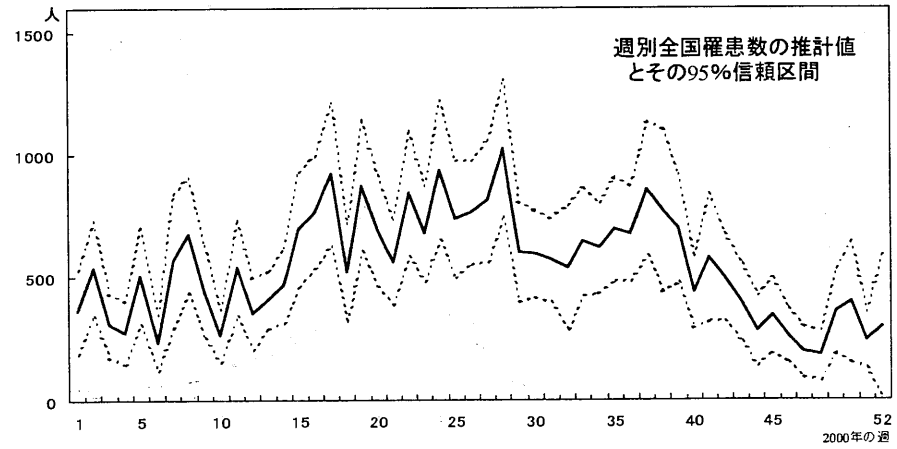
図Ⅵ－３－６　週別、全国罹患数の推計値（伝染性紅斑）



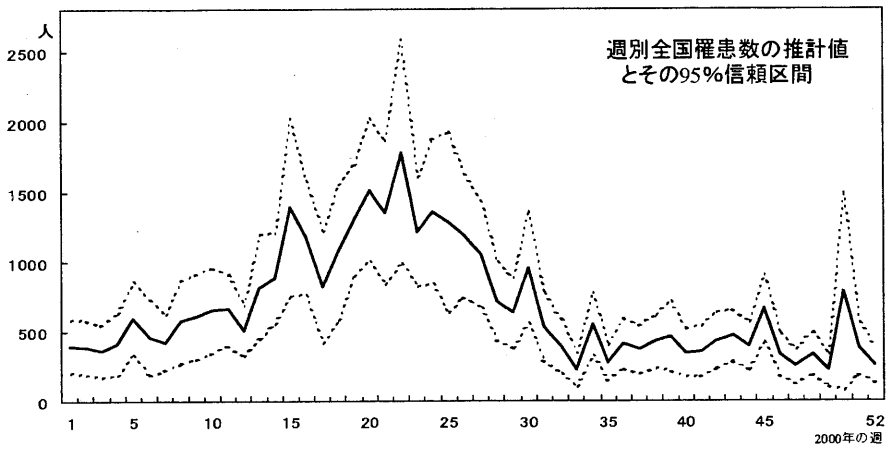
図Ⅵ－３－７　週別、全国罹患数の推計値（突発性発疹）



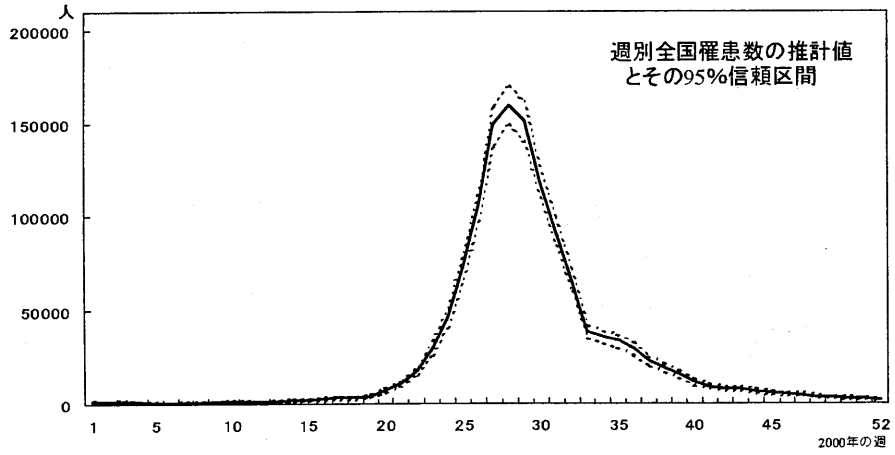
図Ⅵ－３－８　週別、全国罹患数の推計値（百日咳）



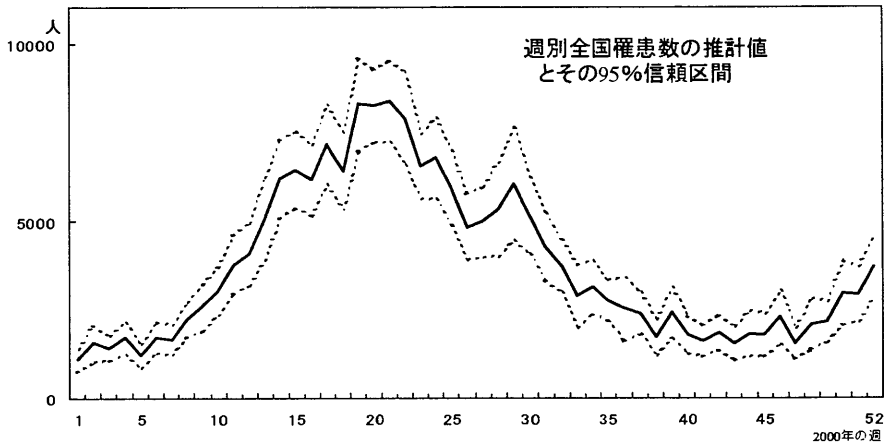
図Ⅵ－３－９　週別、全国罹患数の推計値（風疹）



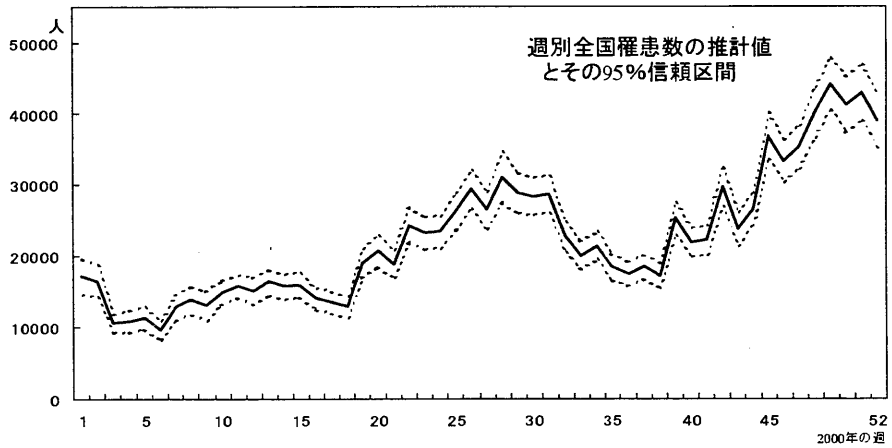
図Ⅵ－３－10　週別、全国罹患数の推計値（ヘルパンギーナ）



図Ⅵ－３－11　週別、全国罹患数の推計値（麻疹）



図Ⅵ－３－12　週別、全国罹患数の推計値（流行性耳下腺炎）



Ⅵ－４．推計結果の総括と今後の課題

本章全体を総括して、インフルエンザと小児科定点対象12疾患における2000年の全国年間罹患数推計値を再掲するとともに、第Ⅴ章での検討結果も含めて、全国年間罹患数の推計に関して、今後の課題を議論する。

１）推計結果の総括

表Ⅵ－４－１に、インフルエンザと小児科定点対象12疾患における2000年の全国年間罹患数の推計値と95%信頼区間を示す。なお、この結果をみる上で、基礎データが確定処理の途中段階のものであることに注意を要する。

全国年間罹患数の推計値は、インフルエンザで959万人であり、小児科定点対象疾患では百日咳の2.8万人から感染性胃腸炎の865万人の範囲に渡っていた。これらの推計値をみる上では、推計方法が都道府県・医療施設特性による層内で「定点選定が無作為」を前提としていること、および、その前提の崩れに伴って過大評価の可能性が高いことに留意する必要がある。その過大評価程度はインフルエンザで1.06倍、小児科定点対象12疾患で1.09～1.25倍と試算され（第Ⅴ章の表Ⅴ－３－４と表Ⅴ－３－８を参照)、それもある程度の参考になろう。

全国年間罹患数推計値の標準誤差率は、インフルエンザで2.1%、小児科定点対象疾患で水痘の2.0%から咽頭結膜熱の8.6%の範囲に渡っていた。おおむね推計精度はある程度に保たれているものの、とくに標準誤差率が5%以上の咽頭結膜熱と風疹などでは、推計値と95%信頼区間を一緒にみることが大切であろう。

性、年齢、都道府県と週の各々別の罹患数推計値については、本章の表Ⅵ－２－１～２、表Ⅵ－３－１～24、図Ⅵ－２－１と図Ⅵ－３－１～12に示されている。これらの罹患数推計値をみる上では、全国年間罹患数推計値での注意がそのまま当てはまる。さらに、性、年齢、週別の全国罹患数推計値については、推計精度が高くないケースもあり、推計値と95%信頼区間を一緒にみる必要性がより大きいといえる。都道府県別の年間罹患数推計値については、多くの疾患で推計精度が低く、推計値と95%信頼区間を一緒にみることが必要であるが、それだけでなく、推計値の提示の可否自体を慎重に議論する必要があろう。

２）今後の課題

表Ⅵ－４－２に、全国年間罹患数推計に必要な情報を示す（表Ⅴ－１－１の再掲)。全国年間罹患数推計では、それを可能とする基礎データの整備が最も重要な課題である。現在の感染症発生動向調査からは、必ずしも十分な基礎データが得られない（詳細は第Ⅴ章のⅤ－１節を参照されたい)。そのために、2000年の基礎データには不備な面があり、それによって2000年推計結果の不確実性も大きくなっている。

表Ⅵ－４－３に、全国年間罹患数推計に必要な情報を整備するための対応を示す。対応としては、３つの段階があり、そのすべての段階が実施されて、はじめて、推計に必要な情報が整備されることになる。第１の段階は、保健所データベースで必要な情報の管理を行うことである。その情報としては、すべての各定点（年間の少なくとも１週以上で定点に指定された医療施設）について、医療施設特性（病院・診療所の別、有する診療科、定点指定された診療科)、週（または月）別の定点指定状況と報告情報（疾患・性・年齢別報告数、および、報告なし）が含まれる。情報の管理にあたっては、各定点に都道府県で固有の定点番号を付与すること、全国統一されたコード・フォーマットを用いる

ことが重要である。

第２の段階は、保健所データベースに含まれる全情報を、すべての保健所から中央感染症情報センターに、漏れなく収集することである。全国年間罹患数の推計では、１年間の情報をまとめて一括して収集してもよい。たとえば、年に１回の確定処理を行う際に、これらの情報を集めることが考えられる。このような制度を確立することが必須である。また、年に１回まとめて収集するのでなく、毎週（あるいは毎月）における保健所から地方感染症情報センターと中央感染症情報センターへの情報転送を利用することも考えられる。すなわち、転送する情報として、現在の保健所単位の報告数でなく、定点単位の報告数にするわけである。

第３の段階は、全国の保健所から集めた情報を、中央感染症情報センターで管理・運営することである。このとき、全医療施設（定点以外を含む）の医療施設特性の情報を含めることが必要である。この情報は、都道府県からの収集、あるいは、国が実施している医療施設調査の使用により得ることができる。また、これらの全情報を、容易に利用できるように、データ・ベースを構築することも重要である。とくに、データ・ベースでは各年次の情報を蓄積することを想定すべきである。

表Ⅵ－４－４に、全国年間罹患数の推計方法に関する課題を示す。全国年間罹患数の推計方法については、インフルエンザと小児科定点対象疾患に対して、本報告書で提案したものの、いまだ、標準的なものとはいえない。また、眼科定点と性感染症定点の対象疾患に対しては、具体的な提案や実際の推計値の算定など、全く実施されていない。標準的な推計方法が確立すれば、その推計方法を、感染症発生動向調査システムに組み込むことも考えられる。

全国年間罹患数の推計値を見る上で、その偏りに留意すべきである。その偏りの大きさについては、本報告書でも一部試算を行ったが、改善の余地は小さくない。また、その偏りは、主として、層内の定点選定の無作為性という推計の前提の崩れによるものである。定点の選定状況が変化すれば、当然、推計値の偏りの大きさも変化することから、定点の選定状況に応じて、随時、推計値の偏りを評価していくことも重要となろう。ただし、厳密な意味で、推計値の偏りを正確に評価するためには、定点以外を含む全医療施設から、年間報告数を得ることが必要であるが、容易なことではない。実際上は、全医療施設の年間報告数と相関する指標に基づいて、推計値の偏りの目安を試算することになろう。この目安は、推計値の補正に用いるほど正確なものとはいえないが、推計値を見る上で、重要な参考になるものであろう。

定点選定方法については、全国年間罹患数推計上のキーとなるものであるが、その議論はきわめて難しい。定点選定の現状をみると、医療を活発に実施している医療施設がより定点に選定される傾向が見られた。これは、全国年間罹患数の推計値の過大評価につながるが、一方、流行の早期把握という感染症発生動向調査の主目的からは好ましいこととも考えられる。今後、流行の早期把握という主目的を損なうことのない範囲で、全国年間罹患数の推計値の偏りを過度に大きくしないような、定点選定方法を研究することが重要であろう。

以上、全国年間罹患数の推計に関わる課題を議論した。推計に必要な情報を整備することが緊急の課題である。そのために、必要な情報内容を明示するとともに、その情報の管理に関する３段階の対応を提案した。また、推計方法に関しては、３つの研究課題を挙げた。今後、感染症発生動向調査システムへの全国年間罹患数推計の組み込みに向けて、基礎データの整備、および、様々な研究の実施が必要となろう。

表Ⅵ－４－１　全国年間罹患数の推計結果の総括表

	推計値	95%信頼区間	標準誤差率
インフルエンザ	959　万人	918　～　999　万人	2.1%
咽頭結膜熱	18.5	15.3～　21.6	8.6
Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎	139	128　～　150	4.0
感染性胃腸炎	865	823　～　908	2.5
水痘	237	228　～　246	2.0
手足口病	185	176　～　193	2.4
伝染性紅斑	30.9	28.6～　33.1	3.7
突発性発疹	108	103　～　114	2.4
百日咳	2.8	2.6～　3.1	5.0
風疹	3.5	3.0～　4.1	7.8
ヘルパンギーナ	132	124　～　140	3.0
麻疹	19.7	18.1～　21.3	4.1
流行性耳下腺炎	117	111　～　124	2.9

表Ⅵ－４－２　全国年間罹患数推計に必要な情報（表Ⅴ－１－１の再掲）

定点に関する情報：

①すべての各定点における週ごとの指定状況

定点指定の開始週、定点指定の終了週

②すべての各定点における医療施設特性

病院・診療所の別、医療施設が有する診療科、定点として指定した診療科

③指定されたすべての各定点における週ごとの報告状況

報告あり・報告なしの別

④報告されたすべての各定点における週・疾患・性・年齢階級別の報告数

週別の報告内容

全医療施設に関する情報：

⑤すべての医療施設（定点以外を含む）における医療施設特性

病院・診療所の別、医療施設が有する診療科

留意点：すべての情報は定点種別ごととする。

すべての定点とは、１年間の中で、１週でも定点に指定されたすべての医療施設を指す。

①～④の情報には、都道府県番号、および、各定点に固有の番号（定点番号）を付ける。

定点番号は年次途中では一切変更しない（保健所再編に伴って定点を変更する場合を含む）。

②の情報には、都道府県が定める医療施設整理番号を含めることが望ましい。

③の情報には、報告なしの場合の理由を含めることが望ましい。

定点の指定は病院では診療科単位、診療所では医療施設単位とすることが望ましい。

定点の変更は年次の切れ目で行い、年次途中で行わないことが望ましい。

⑤の情報は、国が実施する医療施設調査によって代替することができる。

表Ⅵ－４－３　全国年間罹患数推計に必要な情報を整備するための対応

A．保健所データベースにおける、推計に必要な情報の管理：

すべての各定点について、医療施設特性、週（または月）別の定点指定状況、
週（または月）別の報告状況（疾患・性・年齢別報告数と報告の有無）を含める。

すべての各定点に都道府県で固有の定点番号（年間で不変）を付与する。

すべての情報は全国統一コード・フォーマットを用いる。

B．保健所データベースから中央感染症情報センターへ、推計に必要な情報の収集：

Aの全管理情報を、すべての保健所から収集する体制を確立する。

C．中央感染症情報センターのデータベースにおける、推計に必要な情報の管理・運営：

Bの全収集情報および全医療施設（定点以外を含む）の医療施設特性の情報を含める。

情報が容易に利用可能、各年次の情報を蓄積するように、データベースを構築する。

表Ⅵ－４－４　全国年間罹患数の推計方法に関する課題

（1）標準的な推計方法の確立に向けての研究

（2）推計値の偏りの評価に関する研究

（3）定点選定方法に関する研究

Ⅶ. まとめ

本報告書では、感染症発生動向調査の運用システム、これに基づく警報・注意報発生システムと、全国患者数の推計について、新しい感染症発生動向調査施行後 2 年(２０００年度末)までの経過をもとに検討した結果をまとめた。施行後2年目となって、新しいシステムが安定し、広く周知され、成果への期待が高まってきていることが見て取れた。所期の目的をできる限り不足なく達成するために、現段階で明らかとなった問題点、改善すべき点、課題は各章に具体的に示したとおりである。

今回の保健所調査の結果、警報発生システムは今後も保健所で使用されることが見込まれ、本システムに対する期待は大きいとみなされた。しかし、本システムの周知不足、設備、組織の不備といった問題点が残っており、これらを改善するための検討が必要である。

警報・注意報システムは順調に運営されていたが、その基礎となる基準値は旧システムでのデータに基づいている。新システムでのデータからみても、現在の基準値はおおむね妥当性を有する傾向であったが、さらに 2001 年度を含む 3 年間のデータに基づいて、基準値の妥当性を検討する必要がある。

インフルエンザと小児科定点対象 12 疾患について、2000 年の全国年間罹患数を推計したが、推計に必要な情報が十分には整備されていなかった。推計に必要な情報の整備のために、保健所データベースでの情報の管理、中央感染症情報センターでの情報の収集・管理・運営に関する改善が必要である。

先の報告書の最後に述べたことであるが、本報告書も先の報告書と同様、現段階での課題を明らかにするものである。今後の実行の各段階に置いてさらに様々な課題が発生するに違いない。今後も継続的な検討が行われるべきことを最後に指摘しておきたい。

参考文献

1．永井正規，橋本修二，谷口清州，村上義孝：感染症サーベイ連巣の定点に関する分担研究班研究報告書．平成 10 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による感染症対策の見直しに向けての緊急研究，1999.

2．永井正規, 橋本修二, 谷口清州，村上義孝, 谷原真一，松本哲朗，横田俊平，柏木征三郎，城宏輔，青木功喜，渕上博司：感染症発生動向調査（定点把握）における警告発生システム開発のための調査研究研究報告書．平成 10 年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による，1999.

3．永井正規, 橋本修二, 村上義孝, 小坂健, 進藤奈邦子, 新階敏恭, 渕上博司：「定点サーベイランスの評価に関するグループ」研究報告書　感染症発生動向調査に基づく流行の警報・注意報および全国年間罹患数の推計．平成 12 年度厚生科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)による「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」，2001.

Ⅷ. 資 料

１．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－調査票－

２．保健所調査時添付資料

１）警報発生システムの概要

２）保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況（1999年第47週～2000年第13週）

３．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－自由記載回答－

１）保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）

２）保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（反対意見）

３）警報発生システムに関する意見等

４）感染症発生動向調査に関する意見等

感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査
－調査票－

平成13年度厚生科学研究「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究班」

分担研究者　永井正規

感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査の概要

平成11年4月から施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づいて感染症発生動向調査が実施されています。私は、平成13年度厚生科学研究「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究班（主任研究者　岡部信彦：国立感染症研究所感染症情報センター）」の分担研究者として感染症発生動向調査システムに組み込まれている警報発生システムの有効利用に関する研究を進めております。

警報発生システムは、平成11年4月から1年間の試行期間を経たのち、平成12年12月末より本格運用を開始しております。しかし、実際の継続運用に際しては、定期的に警報発生方法の評価を行った上で問題点を明確にし、改善することが必要となります。さらに、対象疾患の追加、より有効な還元方法の提案、活用マニュアルの作成、中長期的動向の把握方法等についても検討する必要があります。

今回、現行の警報発生システムの問題点を明らかにし、積極的に有効活用する方法を検討することを目的として、保健所長の皆様からご意見、ご感想をお聞きする本調査を計画致しました。

次頁以降の質問は、感染症発生動向調査の警報発生システムについて質問したものでありますが、ご存じない場合には同封の「警報発生システムの概要」（水色用紙）をご一読いただき、今後ご利用いただければと思います。また、現在までご利用なさっていない場合には、警報発生システムに関するご意見、ご感想等をお答えいただくのが難しいかとも存じます。1999年第47週～2000年第13週における保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況を図（黄色用紙）として添付させていただきましたので、ご参照のうえご回答下さい。

本調査は、警報発生システムの有効利用を図る目的のためにのみ利用し、保健所が特定される形で公表いたしません。忌憚のないご意見やご感想をご回答ください。

回収期日：**平成１３年１０月３１日**

回収方法：別添封筒に調査票を三つ折りにして封入の上、下記宛にご返送下さい。

（返送先）
〒350-0495
埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷３８
埼玉医科大学公衆衛生学教室
永井正規　宛

（問い合わせ先）
埼玉医科大学公衆衛生学教室
渕上博司（ふちがみひろし）
電　話　　：０４９－２７６－１１７１
ファクシミリ：０４９－２９５－９３０７
E-mail:h_fuchi@saitama-med.ac.jp

都道府県名 [　　]（都・道・府・県）

保健所名 [　　] 保健所

（1．県型　2．政令市　3．指定都市　4．特別区　5．中核市）

ご記入者 [　　]

ご所属 [　　]

ご連絡先 [電話：　　ﾌｧｸｼﾐﾘ：]

1．定点医療機関についてご記入下さい。

1－1．貴保健所の定点数を [　] の中に数字でご記入下さい（ない場合は0と記入して下さい）。

(1) ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ定点数 [　]　(2) 小児科定点数 [　]　(3) 眼科定点数 [　]

(4) 性感染症定点数 [　]　(5) 基幹定点数 [　]

1－2．貴保健所では、性感染症定点報告は、実際にどのような医療機関から報告されていますか。1－1（前問）(4)でお答えいただいた全ての性感染症定点医療機関について、一つの定点ごとに一つの（　、　）を使用し、医療機関の規模と診療科をお答え下さい。また、診療科が複数の場合は全ての診療科をご記入下さい（下記の例1、例2をご参照の上ご記入下さい）。

例1．産婦人科医院から報告がある。　→　（Ⅱ、g）

例2．病院の産婦人科、皮膚・泌尿器科から1定点として報告がある。　→　（Ⅰ、c，g）

規模　Ⅰ．病院　Ⅱ．診療所（無床または19床以下の入院施設を持つ下記を標榜する診療所）

診療科　a．泌尿器科　b．皮膚科　c．皮膚・泌尿器科　d．性病科　e．産科

f．婦人科　g．産婦人科

上記のａ～ｇ以外の診療科の場合はその診療科名をご記入下さい。

（　、　）　（　、　）

（　、　）　（　、　）

（　、　）　（　、　）

（　、　）　（　、　）

2．警報発生システムの存在をご存じですか。a、bいずれかひとつに○をお付け下さい。

a．はい　　b．いいえ　：「3」の質問にお進み下さい。

↓ 次の質問にお答え下さい。

◇2－1）これまでに警報発生システムを使用したことがありますか。a、bいずれかひとつに○をお付けいただき、各質問にお答え下さい。

a．使用したことがある。

↓ 使用頻度について(1)～(5)のいずれかひとつに○をお付け下さい。

(1) 今までに1～2回程度　　(2) 月に1回未満

(3) 月に1～3回程度　　(4) ほとんど毎週

(5) その他（具体的にご記入下さい。　　）

b．使用したことはない。

↓ 使用したことのない理由について(1)～(6)の該当するもの全てに○を付けて下さい。

(1) システム上の理由で使用できない。

(2) 既に十分な解析がなされている。

(3) 警報・注意報を見る必要がない。

(4) 操作方法がわからない。

(5) 出てくる警報・注意報の意味がわからない。

(6) その他：具体的理由をご記入下さい。

（　　）

3．どのようなときに警報、注意報が発生されるかをご存じですか。a、bいずれかひとつに○をお付け下さい。

a．はい　　b．いいえ　：本調査の別添「警報発生システムの概要（水色用紙）」をご参照下さい。

4．貴保健所では実際に警報、注意報が発生された後の対応について検討なさったことがありますか。ａ、ｂいずれかひとつに○をお付け下さい。

ａ．はい　　ｂ．いいえ

具体的な検討内容を(1)～(9)から全て選び○をお付け下さい。

(1) 流行状況を確認する。

(2) 対応の必要性を検討する。

(3) 医療機関へ情報提供する。

(4) 市町村、学校などの関係機関へ注意喚起する。

(5) 市町村、学校などの関係機関から意見を求める。

(6) 都道府県、政令市、特別区の衛生主管部（局）から意見を求める。

(7) 衛生研究所から意見を求める。

(8) 周辺の保健所から意見を求める。

(9) その他：具体的に検討内容をご記入下さい。

（　　）

以下の質問は、同封いたしました1999年第47週～2000年第13週における保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況の図（黄色用紙）をご覧いただいた上でお答え下さい。

5．貴保健所におけるインフルエンザの警報・注意報の発生状況は、インフルエンザ対策のために参考になる情報とお考えですか。警報、注意報それぞれについて、以下の選択肢の記号１つでお答え下さい。

ａ．参考になる　　ｂ．やや参考になる　　ｃ．やや参考にならない　　ｄ．参考にならない

警報 [　　]　　注意報 [　　]

6．インフルエンザの警報・注意報を保健所で有効活用していただくためには、警報発生システムの信憑性を高めることが必要となります。このために改善すべき課題を下記から選び○をお付け下さい（複数お選びいただく場合は特に重要と思う３つまで）。

a．定点数を増加する。

b．定点選定時に地域性を考慮する。

c．定点選定時に医療機関の代表性を考慮する。

d．定点選定時に保健所の関与を強化する。

e．定点医療機関からの報告に関する協力体制を強化する。

f．定点医療機関の診断能を向上する。

g．定点医療機関を定期的に入れ替える。

h．警報、注意報を発生する際の基準値を地域性を考慮して設定する。

i．入力ミスが起きないように対策を強化する（入力画面を大きくする、操作方法の簡略化等）。

j．その他：具体的な課題（警報発生方法の改善を含む）をご記入下さい。

（　　）

7．現在、警報発生はインフルエンザの他に下記に示す14疾患を対象として行っています。

警報の意味は、大きな流行が発生または継続しつつあることが疑われるということです（一連の警報発生の起こる確率が１％程度）。注意報の意味は、流行の発生前であれば、今後４週間以内に大きな流行が発生する可能性があること（警報発生前の４週間に注意報が出る確率が約60～70％）、流行の発生後であれば流行が継続している（終息していない）可能性が疑われるということです。

下記の疾患に対する警報・注意報は、参考になる情報とお考えですか。警報、注意報それぞれについて、疾患ごとに以下の選択肢の記号１つでお答え下さい。

a．参考になる　　b．やや参考になる　　c．やや参考にならない　　d．参考にならない

疾患名	警報	注意報
咽頭結膜熱		
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		
感染性胃腸炎		
水痘		
手足口病		
伝染性紅斑		
突発性発疹		
百日咳		
風疹		
ヘルパンギーナ		
麻疹		
流行性耳下腺炎		
急性出血性結膜炎		
流行性角結膜炎		

注： は注意報を発生していない疾患ですので、ご記入いただく必要はありません

8．下記に示す基幹定点の週報対象疾患に対して警報または注意報を発生することは必要と思いますか。必要と思う疾患には○、必要と思わない疾患には×を各疾患の空欄にご記入下さい。

疾 患 名	○／×
急性脳炎	
細菌性髄膜炎	
無菌性髄膜炎	
マイコプラズマ肺炎	
クラミジア肺炎	
成人麻疹	

9．警報と注意報ごとに発生した方が良いと思う疾患があれば、疾患名をご記入下さい。なお、既に発生対象となっている疾患、前問に示した疾患は除きます。

警報	注意報

10．今後、警報システムを使用しようと思いますか。

a．思う

b．思わない

↓ その具体的理由を(1)～(6)から全て選び○をお付け下さい。

(1) システム上の理由で使用できない。

(2) 既に十分な解析がなされている。

(3) 警報・注意報を見る必要がない。

(4) 操作方法がわからない。

(5) 出てくる警報・注意報の意味がわからない。

(6) その他：具体的理由をご記入下さい

（　　）

警報発生システムの本格運用が平成１２年末に始まってから現在までに、このシステムを利用して一般向けにインフルエンザおよび麻疹の注意報・警報発生状況の提供が行われてきました。インフルエンザについては国立感染症研究所感染症情報センターより感染症週報およびインフルエンザ警報・注意報マップとして、また、このマップは共同通信社を介して全国の地方紙にも提供されました。麻疹については同センターの感染症週報で情報が還元・提供されていました。

１１．これらの情報提供についてご存じでしたか。ご存じであった情報には○、ご存じでなかった情報には×を各情報の空欄にご記入下さい。

警報発生状況を記した情報名	○／×
インフルエンザの感染症週報	
インフルエンザの警報・注意報マップ	
インフルエンザの地方紙掲載マップ	
麻疹の感染症週報	

１２．これまでは一般への情報提供に際し保健所の特定を避けるため、都道府県別に警報・注意報が発生している保健所数を公表するだけにとどまっていました。今後、地域保健へのより細かな情報サービス提供を目的として、保健所名を掲載した警報・注意報情報を公開することが検討されています。このことに対して賛成であればａ、反対であればｂに○を付け、それぞれ理由をご記入下さい。

ａ．賛 成（理由：　　）

ｂ．反 対（理由：　　）

１３．警報発生システムに関するご意見等ございましたら、ご自由にご記入下さい。

１４．感染症発生動向調査（主として定点把握システムに関するもの）に関するご意見等ございましたら、ご自由にご記入下さい。

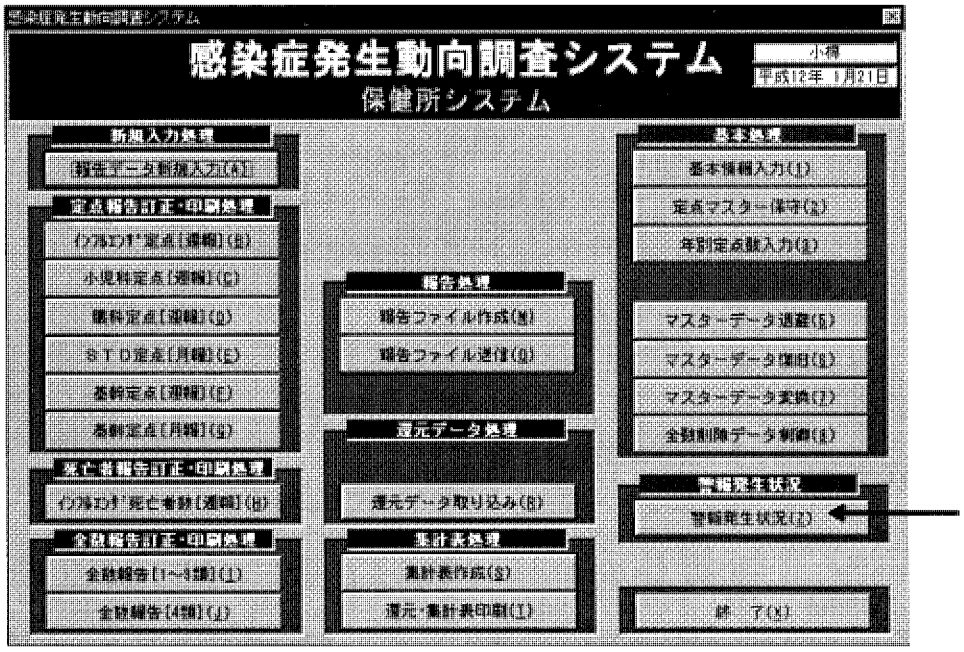
ご協力ありがとうございました。

２．保健所調査時添付資料
１）警報発生システムの概要

警報発生システムの概要

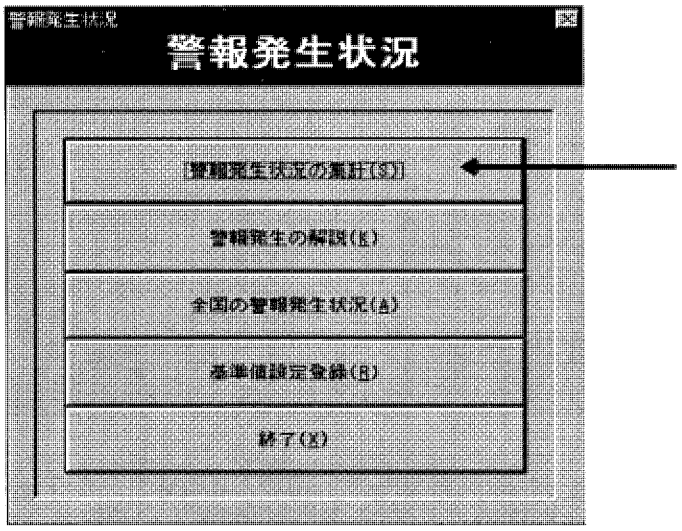
警報発生システムは、保健所、指定都市、都道府県に配布されている感染症発生動向調査システムに組み込まれています（システム ver.3.5 以降、図１、矢印のボタン）。

図１．感染症発生動向調査システム画面



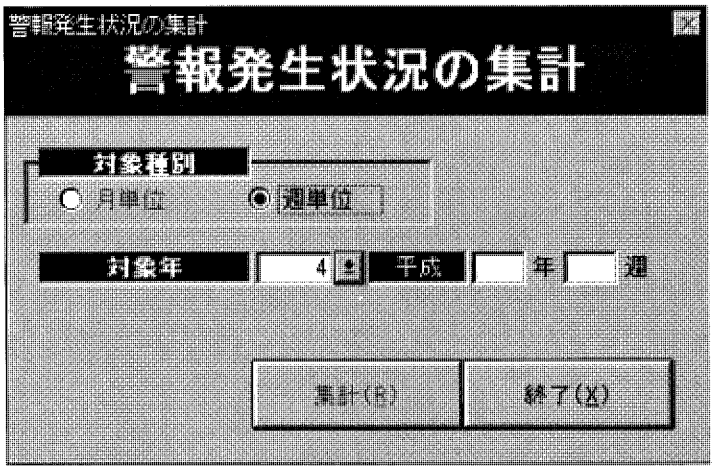
上図の警報発生状況ボタン（矢印）を選択すると、図２の画面が得られます。

図２．警報発生状況の選択画面



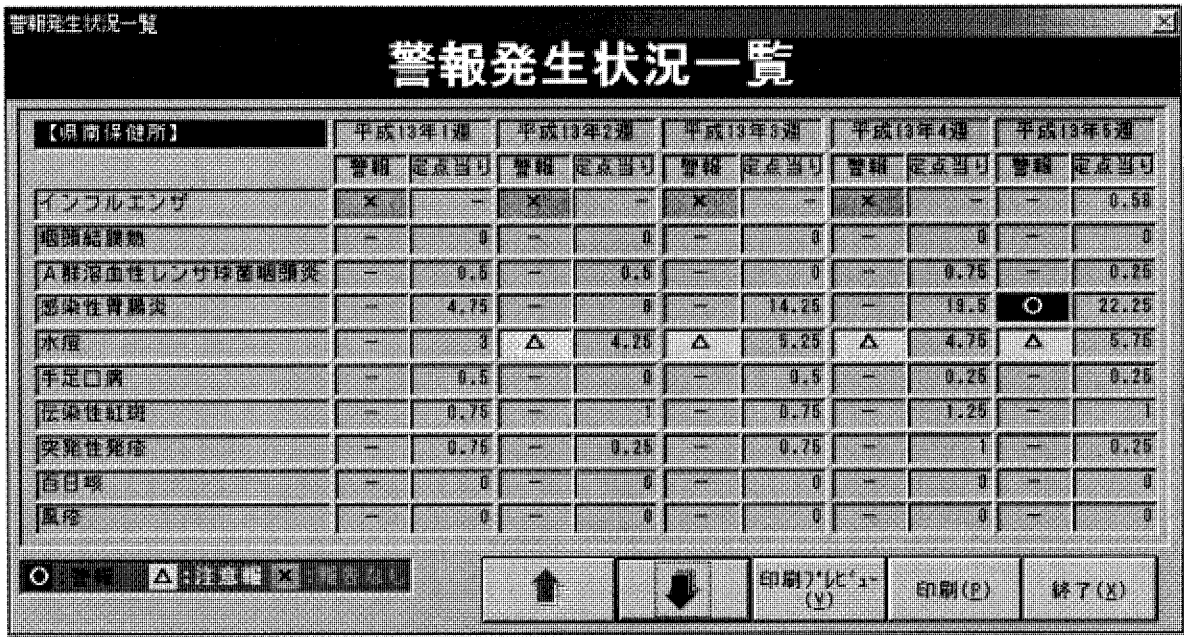
本システムには、機能として、警報発生状況の集計、警報発生の解説、全国の警報発生状況（国からの還元）、基準値設定登録があります。警報発生状況を見るには上図の警報発生状況の集計（図２の矢印）を選択すると、図３の画面が得られます。

図３．警報発生状況を集計する週（月）の指定画面



対象種別で週単位を選択し、対象とする年、週の値を入力して集計ボタンを選択すると、それぞれの基準値に基づいて集計された、疾患ごとの該当週における警報・注意報の発生状況が表示されます（図４）。なお、現在は週報対象疾患に関してのみ集計可能であり、月報の対象疾患については準備中です。

図４．警報発生状況一覧



本操作の詳細につきましては、同封致しました『「定点サーベイランスの評価に関するグループ」研究報告書　感染症発生動向調査に基づく流行の警報・注意報および全国年間罹患数の推計』のⅤ．流行の警報・注意報の関する検討－運用の提案－（p.63-77）をご参照下さい。なお、報告書（p.63-77）で使用している図表に「感染症胃腸炎」とあるのは「感染性胃腸炎」の誤りですのでご訂正下さい。

警報発生のねらいと見方：

本警報システムのねらいは、感染症発生動向調査における定点把握感染症のうち、公衆衛生上その流行現象の早期把握が必要な疾患について、流行の原因究明や拡大阻止対策などを講ずるための資料として、都道府県衛生主管部局や保健所など第一線の衛生行政機関の専門家に向け、データに何らかの流行現象がみられることを、一定の科学的根拠に基づいて迅速に注意喚起することにあります。

警報には、流行発生警報と注意報の２種類があります。警報の意味は、大きな流行が発生または継続しつつあることが疑われるということです。注意報の意味は、流行の発生前であれば、今後4週間以内に大きな流行が発生する可能性があるということ、流行の発生後であれば流行が継続している（終息していない）可能性が疑われることです。ほとんどの感染症では、時間の経過とともに流行が地域的に拡大あるいは移動していくものであり、流行拡大を早期に探知するためには、小区域での流行状況を広域的に監視することが重要です。本警報システムでは、当該保健所とともに、当該都道府県内の全保健所の警報発生状況、全国の警報発生状況を提供しています。

警報発生の仕組み：

警報は、１週間の定点あたり報告数がある基準値（警報の開始基準値）以上の場合に発生します。前の週に警報が発生していた場合、１週間の定点あたり報告数が別の基準値（警報の継続基準値）以上の場合に発生します。注意報は、警報が発生していないときに、１週間の定点あたり報告数がある基準値（注意報の基準値）以上の場合に発生します。

警報の基準値は、過去５年間の流行状況（全国の定点を有する保健所数×５年間×52週；インフルエンザと小児科定点では延べ約１７万週、眼科定点では延べ約７万週）の中で、一連の警報発生の起こる確率が１％程度になるように定めたものです。注意報の基準値は、警報発生後の注意報を除いて、警報発生前の４週間に注意報が出る確率を約６０～７０％、警報が発生しない期間に注意報が出ない確率を約９５～９８％、注意報が出た場合にその後４週間以内に警報が出る確率（注意報の的中率）を約２０～３０％になるように定めています。疾患ごとの警報・注意報の基準値を以下に示します。

警報対象疾患	流行発生警報		流行発生注意報
	開始基準値	継続基準値	基準値
インフルエンザ	30	10	10
咽頭結膜熱	1.0	0.1	-
Ａ群溶血性レンサ球菌咽頭炎	4	2	-
感染性胃腸炎	20	12	-
水痘	7	4	4
手足口病	5	2	-
伝染性紅斑	2	1	-
突発性発疹	4	2	-
百日咳	1.0	0.1	-
風疹	3	1	1
ヘルパンギーナ	6	2	-
麻疹	1.5	0.5	0.5
流行性耳下腺炎	5	2	3
急性出血性結膜炎	1.0	0.1	-
流行性角結膜炎	8	4	-

尚、基準値はすべて定点当たりの値です。また注意報の数字が入っていないものは、注意報の対象外という意味です。

警報発生後の対応：

当該保健所の流行の推移（過去５週間の定点当たり報告数など）を確認するとともに、当該都道府県内の全保健所の警報発生状況と全国の警報発生概況を参照して下さい。また、必要があれば、定点医療機関医師の意見、地方衛生研究所より病原体の情報を収集し、総合的に解釈した上で、実際に一般への広報や流行拡大阻止対策などの行政対応の必要性を検討あるいは実施して下さい。

警報発生を見る上での注意：

現在、警報・注意報の対象となっていない疾患があります。これは発生動向調査方法の変更などにより過去のデータがなかったり、現在までに得られたデータからでは、警報・注意報の発生方法が確定できないためであり、重要性が低いという意味ではありません。

本警報システムでは、過去５年間で１％以下の確率でしかおこらない規模の流行、すなわちかなり大きな規模の流行を想定しておりますので、小規模の流行、あるいは小地域での流行では、実際に地域流行があっても警報が出ない可能性があります。

また、極めて限られた地域での流行では、警報が発生されてもその流行が継続や拡大をしない可能性もあります。

本警報システムは前述の如く単純な仕組みでできています。警報・注意報の意味をより正確に解釈するために、その仕組みをある程度理解していただくことをお願いします。

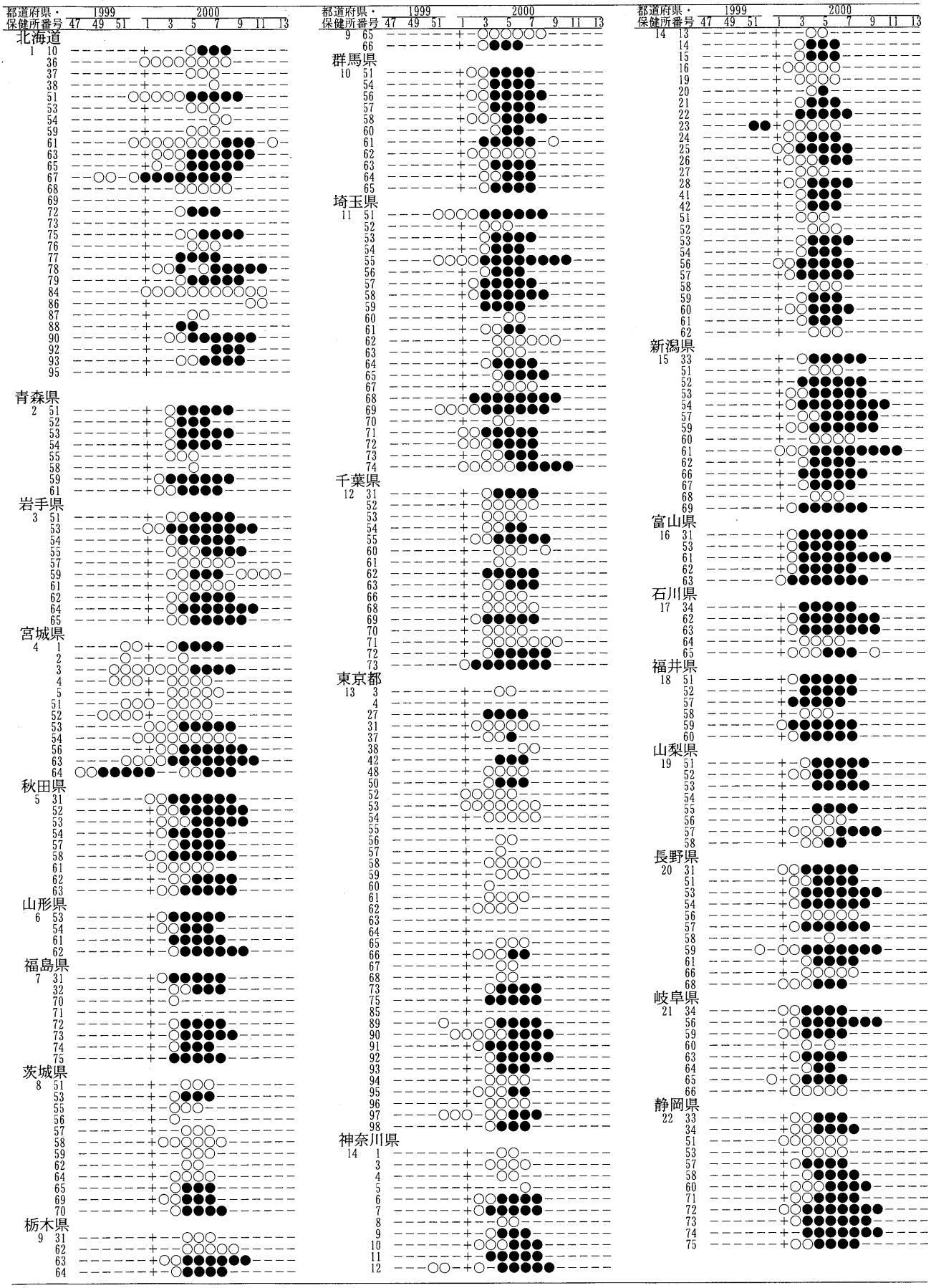
保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況
（1999年第47週～2000年第13週）

次頁以降の図は、1999年／2000年の冬期（1999年第47週～2000年第13週）におけるインフルエンザの警報・注意報の発生状況を全国の保健所別に示したものです。図中の●は警報の発生、○は注意報の発生、－は警報・注意報共に発生のなかったことを示します。

この図から、1)第45～52週では注意報は宮城県、大阪府、奈良県で多く、他の都道府県では若干の保健所のみで発生していたこと。2)2000年以降では、全ての都道府県のほとんどの保健所で、警報または注意報が発生していたこと等が明らかになりました。この図をご覧頂いた上で、調査票の「５」以降の質問にお答え下さい。

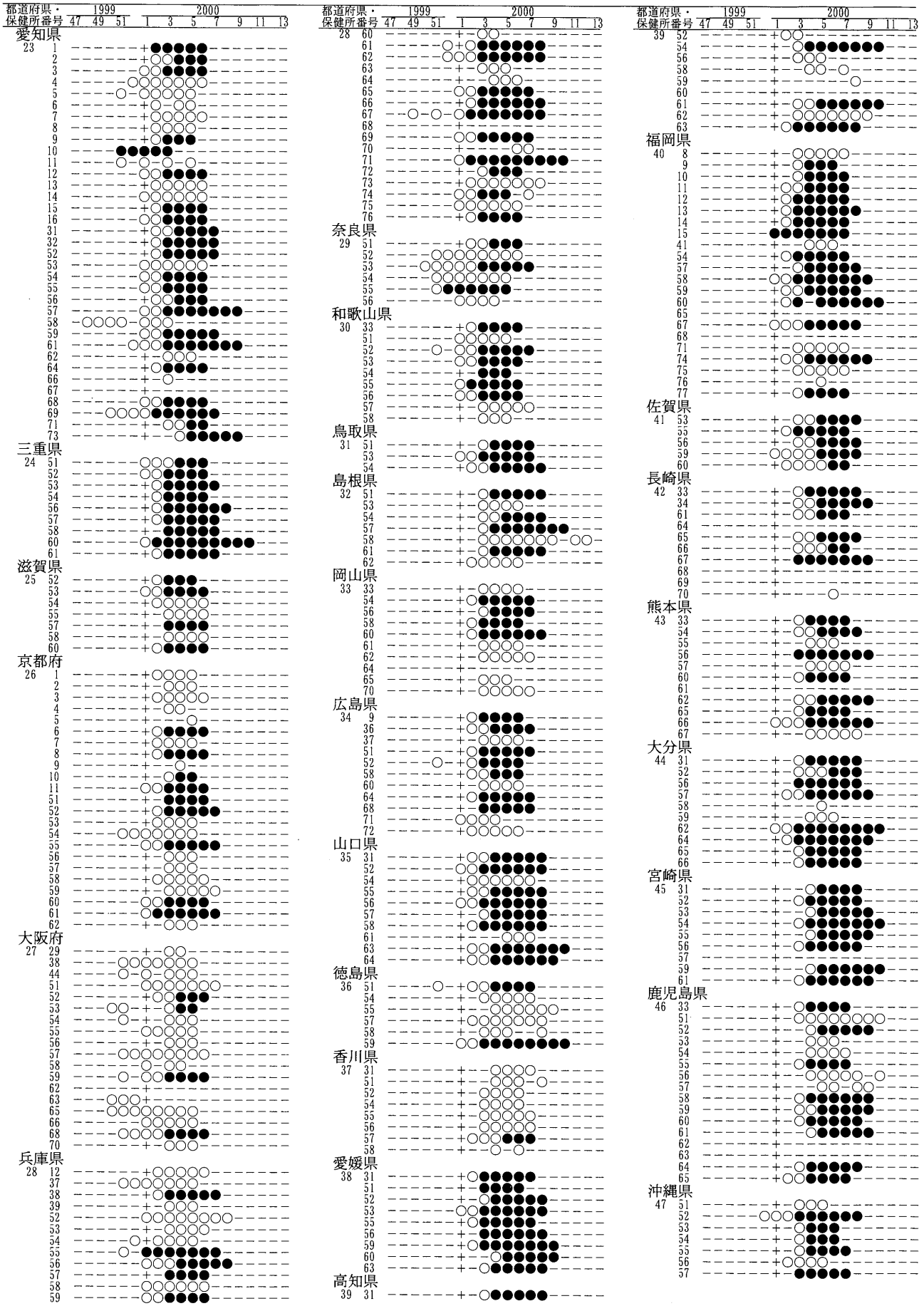
なお、本調査資料と一緒にお送りさせていただきました「定点サーベイランスの評価に関するグループ」研究報告書（ピンク色の冊子）のp.29～p.35には1999年第13週～2000年第13週におけるインフルエンザの警報・注意報の発生状況を保健所別に図示しておりますのでご参照下さい。

図１　保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況（1999年第47週～2000年第13週）―その１―



●：警報　　○：注意報　　－：警報・注意報なし

図２　保健所別、インフルエンザの警報・注意報の発生状況（1999年第47週～2000年第13週）―その２―



●：警報　　○：注意報　　－：警報・注意報なし

3．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－自由記載回答－
1）保健所名を記載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）

表Ⅷ－3－1．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）

情報公開の時代なので積極的に情報公開するべきである等

・情報サービスできて良い。
・情報公開によるメリットがデメリットを上回るため。
・情報は公開すべきと考える。
・情報の流し方、使い方をきちんとした上であれば構わないと思う。
・情報が有効活用しやすい。
・情報は詳細でなければ意味がない。
・情報公開の時代。
・情報公開の時代だから。
・隠す必要なし。
・一般への情報提供。
・時代の流れとしては当然。
・正しい情報として還元すべき、但し過剰意識にならないこと。
・すべて公表し説明できる体制を作ることがベター。
・情報公開を進めるべき。
・情報公開。
・保健所が直接住民に情報を公開するシステムを持たないため何らかの方法で情報を公開したほうが良い。
・積極的に公開すべきと考えます。
・情報公開の流れとして当然である。
・個人情報以外は公開とすべきである。
・情報公開の流れに従う。
・情報の公開はどの分野にも求められているから。

地域性が明確になるため地域情報として有用になる等

・地域に情報を還元することは必要である。
・住民に情報が還元されることはは良いことだと思う。
・既に県内ではサービス提供されていて、参考となる。
・既に当県感染症センターより保健所ごとの情報がインターネット上に公表されている。
・本庁においては従来より地元紙に発生動向調査情報を提供しており、各保健所管内の状況も公表されているため。
・現在も保健所のＨＰに掲載注意喚起を呼びかけている。
・保健所が特定されても支障はない。既に主な保健所についてはサーベイランス報告数が新聞発表されている。
・当県ではすでにホームページに保健所別患者数内訳を公開している。

住民の予防・啓発に繋がる、地域がわかるとより身近な情報に感じ住民の注意・喚起を促す等

・これまでも地域を特定した形でしたことがあり、住民からの問い合わせも多く啓発に効果があったため。
・住民へのより具体的な情報提供ができる。
・住民へのより詳しい情報提供となる。
・情報公開は住民の利益に結びつく。
・住民に対してより良いと思う。
・地域を公開した方がより身近な情報として受け入れられる。
・住民に対してきめ細やかな情報提供が今後求められる。
・地域住民に情報がより詳しくされることになり活用の巾がひろがる。
・地域住民への情報提供は、より細かな地域情報が必要。

表Ⅷ－３－１．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）（つづき）

・一般住民がより細かな情報を求めていると思われるから。
・一般住民がよりわかりやすい情報を得られるため。
・一般の人にとってより身近な情報になる。
・詳細な情報提供は必要。
・より細かな情報提供は必要。
・より細かな情報サービス。
・地域への細かな情報提供となるので。
・市民が現在どのような疾患が流行しているか把握できるため。
・地域住民、その他全国の人にもより具体的な問題として受け止められるから。
・より具体的な情報把握ができることにより保健行動に結びつきやすい。
・当県では地域が広く保健所数も多いので保健所名までわかった方が身近に感じられる。
・地域がわかる方が住民にとって有効。
・住民に注意喚起。
・地域住民に対して直接周知が可能であるので。
・地域住民に注意を促す。
・住民への注意喚起。
・住民への注意。
・より注意を促す。
・一般への早期適切な情報提供による予防のため。ただし注意報の意味を充分周知し混乱のないよう配慮が必要。
・関係機関に対する注意喚起を促すため。
・一般住民への注意喚起。
・住民の注意（予防）が可能。
・一般住民への注意喚起。
・住民の注意喚起。
・より地域を限定することにより住民への注意を促すことになる。
・住民への注意喚起。
・地域での発症状況が把握でき活動しやすくなると期待する。
・地域的な流行を情報提供し注意喚起を促す。
・周辺保健所への注意喚起ができる。
・住民により細かな情報提供するほうが予防対策として必要。
・従来は医療機関の診断上のメリットが大きかった。保健所名が入ると地域情報として予防対策を住民に提供することが可能となる。
・住民の健康管理上大いに有意義。
・感染予防は地域住民の意識によるところが大きいため。
・住民の予防啓発につながる。
・住民への予防啓発に繋がる。
・一般の人が情報を得るためには保健所名がないと状況判断できないことや、予防啓発に役立つ。
・インフルエンザに対する住民の関心は高く、予防喚起。
・住民の予防啓発のため。
・予防啓発につながる。
・その地域に住む人が前もって予防対策を取れるから。
・予防対策に活用しやすくなる。
・地域の予防啓発につながる。
・地域の予防啓発に役立つ。
・地域住民の予防啓発になる。

表Ⅷ－３－１．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）（つづき）

・地域の特定により早期予防。
・住民が感染予防の行動がとれる。
・より身近な情報として予防啓発につながる。
・住民が身近に感じ何らかの対応を取れると思われるので。
・地域が特定され予防業務が推進されるため。
・一般住民の感染予防の意識高揚が期待できる。具体的な予防策も併せて情報提供していく必要がある。
・自分の住んでいる地域の流行状況が具体化されることから自覚できるのと予防化につながる。また保健所とのかかわりが住民に理解される。
・地域内で細やかな対応が可能となる。
・地域の感染症情報を正確に伝達し、感染症の拡大を防止する。
・地域にある施設が具体的予防策を実地できる。
・管内における対応が適正に行える。
・対応策が積極的に検討できる。
・近府県の動向を把握することにより予防対策に反映させやすい。
・各地域ごとのデータを提供し、注意を喚起し対策を立てることができる。

迅速な、正確な情報提供が可能になる等

・小地域への迅速な情報提供が必要。
・情報サービスの迅速な提供が可能となる。
・正確な情報をより早く伝えることが大切と考える。
・情報は実効性あるものでないと意味がない。
・住民にとってタイムリーに情報提供することは有効。
・より正確な情報提供となる。但し管内の市町村も併記しておかないと良く理解されないかもしれない。
・地域が特定された方が情報の質が高いから。
・地域を明確にしてこそ、警報・注意報の意味がある。
・各保健所の情報は管内への情報提供の一資料となり住民への警報・注意報前のデータとなる。
・地域住民の関心が高まる。
・名称を出した方がより身近に感ずることができるため。

地域性が明確になるため地域情報として有用になる等

・地区が明確になった方が良い。
・流行地区の把握に有用。
・流行把握と蔓延防止に役立つ。
・地域情報を知るのに役立つと思う。
・どの地域で流行しているかよくわかる。
・地域を細かく特定したほうが役立つと思う。
・発症別の対策等の内容確認が問いやすい。
・地域への情報還元、予防啓発になれば賛成。
・隣接保健所管内で発生時、事前に対策を立てることができる。
・より早めの対応が可能となるから。
・地域の感染症情報を正確に伝達し感染症の拡大を防止する。
・地域特性に応じた対策が可能になる。
・より現状に即した対応を行うため。
・地域の現状に則した対策ができる。

表Ⅷ－３－１．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）（つづき）

・県内での発生分布が把握できる。
・狭い地域での流行を把握しやすい。
・より具体的な地域情報を知ることができる。
・県内における流行状況が把握できるため。
・同一県内でも傾向があるので、広域での情報があるとよい。
・発生地域がわかる。
・地域での発生状況が把握できる。
・他の地域の情報を得ることは流行予測に役立つ。
・地域における発生状況把握できるため。
・地域の状況がわかる。
・流行の発生、拡大状況を把握することが可能になるように思われるため。
・地域での発生状況がより詳しくわかる。
・地域が特定できてわかりやすい。
・地域の発生状況がわかる。
・地域の情報がわかる。
・住民は様々な情報を求めていると思う。また地域性の状況についてより詳細にわかると考える。
・地域差があるため。
・本県の場合、県内出の疾病発生状況に地域の特性が強いため、支障のない範囲でより細かな情報が欲しい。
・地域の患者発生などが把握できる。
・流行状況に地域性がある。
・より流行地域が特定されやすくなる。
・地域性がわかる。
・より地域的な流行が把握できるため。
・県内でも地域差があればより細かな情報の方が的確な対応ができる。
・地域特性の公開。
・県が広いため地域性を考慮。
・地域性を考慮する必要がある。
・より地域性のあるものが期待できると思われるため。
・地域的な把握が可能。
・流行地域がわかる。
・地域差があるため県内３区分でもよい。
・地域性があるため。
・地域性がわかる。
・地域を把握できる。
・地域性があるため。
・地域性がわかる。
・ある程度地域特性が反映されると思う。
・地域特性が現れることが予測できるので人口密集地と山間地での差がわかると思われる。
・地域性がわかる。
・地域性があるため。
・地域差があるため。
・地域性があるので。
・地域性があるため。
・地域性がわかる。
・地域性があるため。

表Ⅷ－３－１．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）（つづき）

・地域性がわかる。
・地域性が把握できる。
・地域性がある。
・地域性があるため。
・地域性がわかる。
・地域性があるため。
・地域性があるから。
・地域性があるため。
・地域の状況がわかる。
・地域特性が出るようにすべき。
・地域性がわかる。
・地域性がわかる。
・地域の情報がわかる。
・地域特性傾向がわかるので。
・地域性情報が参考判断の材料となり得る。

他県や近隣地域の情報がわかる等

・県を越えて近隣の保健所管内で患者が発生することも考えられるため。
・近隣する他県の情報が得られれば都合がよい。
・パニックになるような状況を避けなければならないが、近隣の発生状況を知ることによって、対策について考えられる場合がある。
・他県隣接地の情報を参考にしたい。
・隣接する地域の情報を得ることは重要。
・近隣地域の情報収集が可能となる。
・近隣の地域の情報を得たい。
・近隣の情報がわかる。
・隣接地域の情報入手可能。
・他県の近郊保健所管内の流行状況が把握できる。

保健所の役割が向上する、その他

・危険が伴う場合は防衛が優先されると考える。
・関係機関への情報還元。
・当県では離島地域もあり、県単位では流行状況の把握が困難と思われる。
・広域のため都道府県単位では情報としての有用性が低くなる。
・感染症情報は原則として公開すべき、保健所名ではなく地域名のほうがわかりやすいと思う。
・政令市は自治体単位で良いと思う。
・医療圏が有効。
・県別の公表で十分かと思われる、保健所名が特定されると場合によってはマスコミからの反響が大きく収拾が困難になる。
・市全体としてまとめる。
・保健所が広域化するので、保健所ごとに公開して良い。
・本庁より必要性の指示があれば賛成。
・きめ細やかな情報提供という点では賛成だが定点が一カ所の場合、その保健所の傾向を代表すると言えるか疑問。
・保健医療従事者に提供される情報であり、より正確な情報が望ましい。
・反対の理由が不明。

表Ⅷ－３－１．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（賛成意見）（つづき）

・そうすることで当システムのより効果的な活用が図れるなら。
・データを還元活用しているのでその参考となる。
・保健所名が特定されることに問題ない。
・住民、医療機関などへ報道機関を通じ防止策を講ずる必要があるため、保健所名を公表することでその地区での対策につながる。
・該当地域居住者の問い合わせ先が明確になる。
・対応などが聞ける。
・地域住民への説明責任を確保するため、但し実現に際しては保健所側の体制を整備する必要がある。
・より正確な情報を入手できる。保健所の役割も明確になる。
・地域保健に対する市町村、保健所職員の意識向上のため。
・地域性の向上。
・保健所の情報発信機能を高める意味において重要、ただ一方的な公開では保健所で対応できないことも多く、想定される保健所に対しての充分な情報提供も必要。
・保健所の責任を明確にできる。
・保健所の役割向上。
・管内の医療機関の受診率を考えると意味は大きくない。
・定点の数を増やし精度を上げた後考えるべきだと思われる。
・地域住民の関心が身近になる分高まると思われる。しかし、その分情報の精度管理をきちんと行う必要がある。
・ただし定点の精度管理が必要。
・事前に保健所が確実にその情報を入手できるようになった段階であれば情報提供は有用と考える。
・都道府県内のどの地域に警報・注意報が発生されているのかわかった方がよい。保健所名を公表するという方法ではなく、インフルエンザのマップのような色分けした地図で還元していただけたらと考えます
・より細かな情報公開をし、予防啓発事業に生かすためには賛成、しかし当所は定点数が少なく、データの信頼性、バイアスなどを考えると一般の方が見られて判断することに不安がある。
・賛成であるが、保健所単位の情報を役立てることは無意味では（現在の各定点情報の精度、信頼性より）
・感染防止にどれ程効果があるのか疑問。
・疾患によっては管内全体の流行状況を反映していないものもある。
・あくまでも定点の情報であり医療機関全体の情報でないことを周知する必要がある。
・警報注意報は見た人が、その意味を正確に受け取れる記述が必要、不安をあおるだけの情報にならないかは心配。
・より細かな情報サービスが提供できる。公表により問い合わせが増えたとき対応できる人材が不足
・より身近で危機感が伝わり、ワクチンの摂取率向上につながる。
・現状では市の決定に従う。

3．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－自由記載回答－
2）保健所名を記載した警報・注意報情報の公開について（反対意見）

表Ⅷ－３－２．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（反対意見）

定点数が少ない、定点からの情報に問題がある、信頼性が低い等

・同じ地域の定点で報告数に非常に差がある。定点医療機関の報告に対する協力体制や診断能に差がある。
・定点が少なく、人口も少なくばらつきが多く誤解を生じやすい。
・地域によりバラツキがあることから、全県的な傾向を公表するのみでよい。
・現時点では精度に問題があるため。
・基本的に情報に具体性があった方が良いと考えるが、「地域性を反映できる定点の選定」「報告に関する協力体制の強化」を伴っていなければならない。現在のデータ集約状況では、保健所単位の公開は実状を反映できない。
・定点からの報告に差がありすぎ信頼性に疑問を感じる。
・現行の警報発生システムは必ずしも地域的流行を反映しているとは思えない。
・システムの信憑性を高めてからの方が良い。
・不安をあおる危険を考えると、警報注意報という形でストレートに一般に伝えるには、定点数も少ないと思う。保健所として対応が困難。
・定点選定自体が適当かどうかの段階なのに、より細かい情報を提供しても住民は理解できないと考える。
・定点数が少なく、現在の基準では警報・注意報が出やすい状況である。
・定点数を増やしてから保健所名を公表した方が良いと思う。
・現在の定点数では、都道府県単位の発生状況を把握することをその精度としているので、該当保健所数を公表する程度にとどめておくことが適当と考える。
・定点感度の問題がある。定点からの報告数だけでその管内に流行していると安易に判断できない。
・現在の定点医療機関は管外の患者の受診が多く、必ずしも管内の流行状況を示すものでないため。
・現在の定点数だけで管内の状況を反映しているかどうか？また警報を出す場合、専門家の意見も聞かずにそのまま警報をだしていいのか？
・定点数が少なく流行予測が困難。
・当所は定点医療機関が一病院のため、保健所＝１病院の公表となる。また定点数が少ないため信憑性が低い。
・定点数が少ない場合、各週ごとに流行の状況が大きく変化し、かえって住民の不安をあおることになる。公開するのであれば、疾病、地域性に対して充分考慮の上情報提供する必要があると考える。
・精度、定点数の問題がある。
・地域が広いが定点医療機関に偏りがあるため、誤解を招く可能性がある。
・保健所単位では定点数が十分でない可能性がある。
・定点間のばらつきが大きく、精度が高いとは考えられない。
・患者住所地と定点医療機関所在地が同一保健所管内でない場合が多いと不正確な情報サービスとなるため。
・特定の医療機関からの情報が多いなど、感染情報の精度がまだ充分に高いといえないから。
・定点情報が管内全体の情報と一致しているかが疑問。
・保健所単位では定点数も少ないため、２次医療圏域が望ましいと思う。
・定点数が少ないため、あまり意味があると思えない。
・当保健所は広い面積の割りには定点数が少ないため。
・地域単位では定点数が少ないので信頼性が低い。信頼性の低い情報を提供すべきでない。
・保健所統合、市町村合併などにより、集計する保健所管内に変更があった場合にシステムの変更ができず集計が不可になるため。

表Ⅷ－３－２．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（反対意見）（つづき）

・定点が少ないといかにも保健所管内で流行っていると言う印象を与えてしまう。小児科が少ない保健所では隣接の保健所の情報に左右される。
・各医療機関から上がってくる発生数が少なく、統計的に有効な数になるかどうかは疑問がある。
・定点により報告数に差があるため、保健所管内全体の傾向としてとらえることはできない。
・定点数にかたよりがあり、平均したデータが得られない。
・当管内は定点数が少ないため、わずかの報告数でも警報・注意報になりやすい。いらぬ不安をかき立てぬよう特定を避けたい。
・定点の選定、定点数などが警報・注意報に影響を与えるものであるので各保健所がこれらを参考にしながら必要時、一般市民に注意喚起を行う方が良い。
・全体を正確に反映していないと思う。県の感染症情報で十分である。
・サーベイランス精度の信憑性に疑問。
・定点数が少ない保健所では信憑性が乏しい。
・定点数が少ない保健所では信憑性に欠ける。
・警報に関する信頼性が高ければ掲載も良いと思うが、県及び地域レベルで検討した結果の公表が必要。
・現在の定点に問題があり保健所レベルでの情報が管内の状況を反映しているとは思えない。

発信された情報に機敏に対応する体制が整っていない、事前に警報発生時の対策マニュアルが欲しい等

・感染症の流行情報については予防知識、対策等とともに公表されるべきであり、画一的に保健所名のみ公表した場合、混乱を招く、ないしは地域住民の不安をあおる可能性がある。
・住民からの相談窓口体制が保健所に整わければ不可能。
・警報発生に併せて対応策を公示しなければ不安をあおるだけになる。住民からの質問等に対応できない。人手不足。
・現状では問い合わせなどに対応しきれない。今後ＨＰを立ち上げる予定なのでその後は賛成になると思う。
・現状では個々に問い合わせがあった場合は対応できない。
・風評などの問題には対応しかねる。
・保健所単位では報道対応に無理があるため。
・住民、報道機関からの問い合わせに対応できる体制ができていない。（事前に警報発生時の対策マニュアルの配布を）
・医療機関の本調査に対する取り組み方等、他の要因が警報発生等の有無に反映する可能性があるため。その割には反響が大きすぎる可能性がある。
・保健所名を載せることによって問い合わせが出ることが予想され、負担となるような気がする。
・急な報告に対して対応できる組織となっていない。
・住民の不安への対応に追われるようなことであれば賛成しかねる。
・まだ機敏に対応できる体制が整っていないため。
・あまり使用しない。テレビ報道でもすれば効果ある？
・対処方法が充分に示されれば公開しても問題はない。パニックが懸念される。必要な情報があれば各自治体から改めて公表する方が良い。
・社会不安のため。
・信憑性が低いので風評被害が起こる恐れのあるため。
・住民への不安をあおる。当該保健所が迅速な対応をとる姿勢が大事。
・住民に不安を与えパニックを引き起こす可能性がある、対策等を充実させてからでいいのではないか。

表Ⅷ－３－２．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（反対意見）（つづき）

・不安の増強が心配。
・流行状況は保健所数で把握できると思う。かえって混乱を招くのではないだろうか。
・情報提供が先になり、充分な行政対応（予防対策）が困難と思われるから。
・予防注意の喚起を呼びかけるだけの対応に終わる中で一般に情報提供されても対応できない。
・情報のみ公開され、それに対する充分な細かい情報対応が十分でないと混乱を招くのではないかと思う。
・警報発生に対する対策が不明。広報するにしてもどんな相手（範囲）にしたらいいか不明。

定点数の少ない管内では医療機関や個人が特定されてしまう等

・定点数の少ない管内では医療機関が特定されてしまう。
・定点数の少ない管内では医療機関が特定されてしまう。以前マスコミが疾患と医療機関を結びつけて取材したことがある。
・圏域市町村数が少なく、人口も少ないため、プライバシーの観点から心配である。
・農村部では個人が特定できる
・地域が特定され差別の元となる可能性がある。

公表は県レベル、医療圏レベルで良い等

・大都市行政区にある保健所は県型とは人口や面積に差があり無意味。
・当市においては特に保健所別にする必要性を感じていない。
・政令市において各保健所名を出す意義は少ない。
・当市の定点数と面積ではあまり意味がないのではないか。県レベルが妥当。
・患者の動き、住民の動きからすると県単位でよいと考える。ただ面積の広い県では天気予報の広さで報道すると良いと思う。
・県名ぐらいまででよいと思う。
・時間的ズレがある。県レベルで行っているのでそれで充分。
・現状で問題がなければ現状のままでも良いのでは。
・だいたいの流行をみるのであれば都道府県別で充分かと思います。
・都道府県別に発生状況がわかれば十分である。
・地域名（２次医療圏）を公表が適当。
・医療圏ごとの方が良いのではないかと考える。
・当保健所は一市のみ管轄しており、隣接する市町村と相互に住民が往来しているため、医療圏レベルの方が有効と思われる。
・交通、流通の広域性を考えると保健所を特定するのは市民の不安を増す欠点の方が大きいと考えられる。保健所より一つ広いブロックにしてはどうか。
・公表は保健所より広域の市名ですべきである。
・外へ向けての情報公開は一括して県衛生部で対応して欲しい。
・公衆衛生上の意義は無いと考える。各保健所が得られる情報を分析して所管地域に効果的情報を提供すれば良いと考える。
・保健所または県レベルで警報・注意報が発生した場合に関係機関で情報提供した方がよりタイムリーである。
・特に保健所名まで公表しなくてもよい
・現在の情報提供で県内分において保健所が解れば良いので、全国まで必要ないと思います。

公表の必要性を感じない等

・特定する必要がないから。
・公開の必要性がない。

表Ⅷ－３－２．保健所名を掲載した警報・注意報情報の公開について（反対意見）（つづき）

・県内については既に把握できる状態にあるため。
・一般の情報を提供する側からの意見で、本当にそのような情報のニーズがあるんですか？
・必要性を感じない。
・必要性はない。
・県内の情報は県の週報などから情報を得ることが出きるため。
・県の感染症情報センターより保健所ごとの情報が提供されている。
・当県では保健所別の情報提供がなされている。

その他

・もう少し時間をおいて提供すべきでは。
・保健所としても地域への情報還元に努めているので保健所の頭越しにやるようなことは控えて欲しい。
・警報の発生公表は、あくまでも所長判断とすべき。
・原則としては公表せず、必要時に公表する方が無用の混乱を避けられるのではないか。
・公表するかの判断は保健所がすべきである。

3．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－自由記載回答－
3）警報発生システムに関する意見等

表Ⅷ－３－３．警報発生システムに関する意見等

データのグラフ化・表示の仕方に関する意見

・保健所ごとに過去５年間のデータと比較できるようにし、グラフ化すると具体比較でき対策もとりやすい。
・あまり利用していませんが、地域での発生報告が県平均、全国平均を超えた場合に、グラフィックなどで示す方法があると便利。
・保健所名掲載より、警報発生エリアをグラフィック表示出きる機能があると便利である。
・単に警報を発するだけでなく過去５週程度の状況と今後の流行予想曲線を示す等して欲しい（定点数が少ない場合はメリットが少ない）。定点ごとの動向警報もほしい。警報、注意報が続く場合などでは音声の表現や強制。
・市内には小児科定点のない保健所もあります。また感染症の発生動向を現在の区ごとに検討するには細分化されすぎていてわかりにくいという欠点があります。そのため本市では従来より都道府県と共同で、都道府県内を11ブロック（このうち市内は４ブロック）に分割して感染症の発生動向を検討しています。できれば、警報システムも、現在の４ブロックごと、及び市内全体の警報・注意報を会わせて教えていただけないでしょうか。警報・注意報を色分けしたマップで情報を提供していただきたい。ファイルのダウンロードに時間がかかりすぎる、データを加工できない。エクセルファイルで還元していただけないでしょうか。
・感染症情報センターにて情報提供されている各疾患の年度別発生グラフなど過去の流行状況についてわかりやすくできたらと思います。たとえば全国、県、保健所と分析できるようなシステムができるといいと思います。
・保健所（地域）の比較のできる、都道府県内の当該週の疾患別警報一覧表があれば参考になって良い。
・警報については集計表の数字に＊を付けるなどで表示できるようして欲しい。
・保健所発信の情報やコメントなども載せられるようになっている。
・入力画面に特記事項欄を追加してはどうか。定点からのコメントも県に報告しているが、コメントの中にも重要な情報が含まれている場合があると思われる。
・定点あたりの報告数が増加傾向の時の警報発生なのか、減少傾向のときの警報発生なのか容易に判別できるようになれば良いと思う。
・将来的には予防接種率など感受性要素も考慮して数段階のクライテリアで発令することも必要なのでないか。
・全国平均発生数より２倍以上の発生がある都道府県にはマーカーを付記する（ただし平成11年４月以降の同週平均発生数の１.５倍以上の場合のみ）。
・警報後の警報継続と注意報との区別がわかりづらい。警報継続の表示もあると流行減少がより確認しやすくなると思う。
・流行曲線が一方性の疾患について「注意報」の整備をお願いしたい。

解析の信頼性や迅速性等を求める意見

・警報注意報ともに、一般住民にとっては一目で状況把握できる点が良いと思います。今後のデータの信頼性の向上を望みます。
・人口が少なく、医療機関も限られている医療圏において、少数ゆえの偶然誤差のバラツキや医師の診断バイアスによる系統誤差の問題について考慮しなければならないと思います。
・システムの正確性と迅速性が必要。我が都道府県の場合、大都市圏から地方へ流行が起こるため当地域の有用性は低い。
・より迅速にデータを公開していただけると利用しやすい。
・特異度を高めて欲しい。
・現システムでは保健所ごとの集計結果の数値しか反映されていないため、警報に頼ると一部の特定集団で発生していても警報にあがらず、判断を誤る恐れがある。施設ごとの警報発生システムも必要ではないかと考える。

表Ⅷ－３－３．警報発生システムに関する意見等（つづき）

・現在は管内の状況のみわかるシステムだが、今後は少なくとも隣接する地域、県内の状況がわかるようなシステムになれば良い。
・当所では報告数が少ないので、わずかな増減も率にすると大きな差となるので、重要な疾患のみに警報発生するようにしてもらいたい。
・人口の少ない地域での定点医療機関は周辺の患者が集中する傾向にあり、警報の基準値の見直しが必要と思われる。
・インフルエンザの地域性は市町村という行政区域ごとの地域性より、生活圏に影響する部分が多い。警報は１２月下旬より２月中旬という一般的な流行期を是正する効果しかない。市町村、毎週の数の増加等のファクターを加味したシステム（学級閉鎖の増加等と一致するような）地域ごとの補正係数、県域情報等との補正が必要と考える。
・基準値についての意見もあるところですが、保健所の日常業務の中で、感染症対策をリアルタイムに検討できる材料として有意義なものと考える。
・発生の基となる基準値の設定についてわかりやすく知らせることも大切。
・発生基準値が漫然としており、今後地域性や対人口当たりなどの要素を加える必要がある。
・地域の定点医療機関と相談しながら、独自の基準値を設定するなど、システムを活用していきたい。
・現在は管内の状況のみがわかる警報発生システムだが、定点数の少ない保健所では警報システムを開くまでもなく状況はわかる。今後は隣接地域、県くらいの状況のわかるようなシステムになるといい。
・人口により定点が決まっているため特定の地域に対する警報発生システム（報告数によるもの）は独自でできるようにすべき。
・保健所単位に活用できるシステムにするには、どの程度の定点数とすることが適当か、また、その実現性についてのご考察を願いたい。
・現状の定点医療機関数及び報告数において、１保健所のみの警報システムはほとんど意味のないものだが、県内または全国レベルでのシステム活用は有用であると思われる。
・定点の設定や医療機関の代表制を考慮する必要がある
・現在の定点数で保健所ごとの警報を活用するには、県（地域）レベルでの検討や体制づくり（ウイルス検査等含めて）が必要だと感じる。
・現在のデータ集約状況では、都道府県単位での情報公開が適切ではないかと考える
・警報注意報のみの表示ではあまり必要性を感じない。全国の傾向を見るにはある程度参考にはなるが、県レベルの解析は、県感染症情報センターでより詳細な解析が不可欠。
・１から３類の発生入力は個人（氏名、住所、電話など）データが含まれているが必要あるか。
・規模の小さい所では保健所毎の警報システムは活用できない為、県で集計したものを使っている。

システムの操作性の向上等に関する意見

・システムを活用しきれていないのが現状です。
・システムがよくわからなかったため活用していませんでしたが、今後は活用をはかり、迅速な注意喚起につとめたい。
・紙面にした細部にわたる説明書が欲しい。
・システムの内容等導入時にいきなり組み込まれていた。利用方法などテスト（各都道府県単位）を行ってから導入して欲しい。
・手軽のアクセス出きるこのようなシステムありがたいと思います。このようなシステムがあるのは聞いた様な気がしますが、不勉強で申し訳ない。
・警報発生システムの試行導入について、保健所への案内通知があった記憶がない。全国システムのバージョンを東京で変更して全国配布するだけではアンフェアである。

表Ⅷ－３－３．警報発生システムに関する意見等（つづき）

・システムに時間がかかる。
・システムマニュアルは変更のつど差し替え可能な加除式にしてもらいたい。
・警報発生システムの発生ソフトが設定してあるとおりうまく動いていない部分があるので、時々情報の信頼性に不安を覚える。ソフトの稼働性を検討して欲しい。
・やや操作性に難があると思われる（使いにくい印象）。
・使用できないのでわからない。
・警報発生システムを見れるパソコンは保健所で１台であり、県庁内 RAN システムからも見れるようオープンにしたらどうか。定点医に対して再度警報システムとして働いていることを周知させたらどうか。
・インフルエンザ警報注意報マップの検索方法をご教示願います。

情報公開後の対応策についての意見等

・具体的にどのように活用して欲しいという意図があれば、ご教示いただければ参考になる
・業務上の参考としたいが、機械的に警報発生を出し、公表するのは一般市民に対し混乱を招く可能性もあるので、ご検討いただきたい。
・一般向けへの情報提供をしているが、情報提供されていることはあまり知られていない。もっと周知してもらった方がいいのではないだろうか？
・警報を受けてその情報をどのように具体的に活用するのか具体的な検討ができていない。
・相談ホットラインのたび一方的に警報を発生するのではなく、相談窓口を設け正しい知識、対処法を普及するため。
・警報発生の場合にはその時の対応まで視野にいれた発令が大事であり、行政サイドとの細かな連携が必要で不安解消の情報公開が不安をあおるような事にならないような充分な配慮が大切。
・警報・注意報が発生した場合の各疾患に対する具体的な対応策についても情報が一緒に取れると良い。
・警報発生後、他の保健所がどういう処置を執っているのか教えて欲しい。
・国レベルでのデータ解析を行い、情報を還元してもらいたい。警報・注意報に対して、どのような対策を必要とし、今後どうなる可能性があるかなど具体例について示してもらえると、保健所としても具体的な対策を講じやすい。
・現場が警報などのことで困った時の専門相談窓口がはっきりすることを希望します。
・感染報告システムの活用が感染拡大防止に効果があった例等の情報が知りたい。
・全般的に利用度や市町村への還元度は低調であり、知識の習得、一般的情報として個人的なものになる傾向が多いように思われる。
・当保健所として独自には警報等について住民への呼びかけなど行っていないが、本県では県週報にて各保健所ごとの警報などを公表しており（県ホームページ上）、住民への注意を呼びかけており今後も続けたい。
・流行の早期把握と対策立案に今後も生かしていきたい。

その他

・医療機関とのオンライン化。
・疾患によっては管内全体の流行状況を反映していないものもある
・現在使用しておりません。活用の効果を知りたく思います。感染症の流行傾向や発生時の対応について保健所間の情報共有のため発信受信が容易にできたら是非活用していきたい。
・現行のシステムでは誤解を生じやすい等の理由により、他の保健所の発生状況をみることはできないようになっていますが、近隣の情報を知ることに必要性を感じている。
・中核市の保健所においては警報システムを利用し、きめ細やかな対策を行うには人的時間的に無理がある。

表Ⅷ－３－３．警報発生システムに関する意見等（つづき）

・動向調査が正確で実態を把握したものならば今のままで良い。
・臨床の現場での先生方には、警報システムも役立っていると思われるので、システムの充実化を望む。
・警報が実態を把握しているか検証が必要だと思う。インフルエンザに関しては学校の学級閉鎖の情報の方が参考となっている。
・さらに精度向上にご配慮賜りたくお願い申し上げます。主要医療機関、医師会の小児科医の意見も聞かれてはいかがでしょうか。
・各週の入力時にその週の警報注意報を見ているので、別にまとめて警報システムを開く事が少ない。
・市衛生研究所より月に数回と市より月１回市内で流行している疾患などの情報が送られてくるため、特に警報システムに頼る必要が今のところありません。
・県から毎週の報告状況があがってきており、それで十分対応。
・いままででよろしいと思います
・私たちにとっては流行予測をいち早く知る手段であり、警報発生の信憑性を高めることが今後の課題である。このようなシステムが存在し利用を高めることも、地域保健への情報サービス提供の向上に役立つのではないか。
・各地域の衛生研究所の学問的支援を希望する。
・保健所の担当係に発生動向調査結果について毎週チェック体制を確立する旨の指示を行えたのはこのアンケートのおかげ。
・本システムをシステム上の理由で使用できない保健所については保健所名を掲載した警報注意報情報を公開した場合に、住民より情報収集が遅れる場合が生じるのでは？

3．感染症発生動向調査システムの警報発生システムに関する調査－自由記載回答－
4）感染症発生動向に関する意見等

表Ⅷ－３－４．感染症発生動向調査に関する意見等

定点選定の問題

・定点選定時患者数の多い病院を選定してもらいたい。
・各地から患者が来るので、地域の診療所を定点とすべきである。
・定点選定時に医療機関の代表性が特に重要と思われる。定点医療機関を定期的に入れ替える方法も良いのではないか。
・当所管内の定点は半径 1km 以内にある現状です。定点はやはり、地域性と人口のばらつきで決定すべきと考えます。
・定点の選定によって、多少結果に変化が出てくると思われるがどう選定するかは難しいところである。
・小児科が少ない保健所では他の地域の医療機関に流れる、もしくは定点でない内科に受診するようになるため把握しづらい。
・定点は医師会協力主導のもと選定されているが、必ずしも地域の実態に添った無作為の選定となっていないと思われる。よって定点の増設や選定の方法を考える必要がある。
・定点医療機関の報告が必ずしもその地域の傾向を表しているとはいえない。
・定点数増加とマップ的な配置が必要。
・医療機関からの直接報告及び直接還元が望ましい。
・定点の選定に関してもう少し改良が必要では。
・性感染症に対する産婦人科の定点数が泌尿器科と比較して少ない。
・性感染症定点に産婦人科が少ないと思われる。
・性感染症の定点が少なく実態がわかりずらい。
・定点の選択に疑問がある。
・定点数を増やす方が良いのでないかと思う。
・各地域での流行把握を行うためには、その地域を代表する定点を選定し定点数を確保する必要がある。今後の本システムの充実に期待したい。
・地域の中核となる活動的な医療機関を定点としないと、迅速、正確な情報になりにくい。

定点の信頼性

・このシステムが十分機能するために、各定点の診断、評価のばらつきがあるとミスリードが起こる可能性がある。ことに保健所単位ではその可能性が高まる。定点医療機関に判定基準、研修などが必要では？
・正しく診断されているのか不安。診断基準を明確化し、定点に対する周知徹底が必要。
・定点によっては診断基準が若干異なるのか、発生件数の上げ方に偏りが見られる。
・定点医療機関に関して国レベルの事業であり、より効果的な調査となりうるための PR をすべきである（定点の協力意識が薄いので）。
・医師により格差があると思われるので定点数を多くする。定点外の医療機関の協力体制を整備。
・大変に残念ですが、定点に指定されている小児科と産婦人科が、まともな情報は今までに一度もなく残念に思っています。
・定点からの報告に対する協力を強化する（入力に間に合わないことあり）。定点の代表性を考慮する必要を感じている。
・定点医療機関の報告に対する協力体制や診断能に問題があると感じられる（特にインフルエンザ）。
・定点における報告に関する協力や診断上の向上が必要と考えられる。
・定点からの報告が遅かったり報告に不備がある場合が多い。
・定点医療機関の全ての医師がこの事業を理解、認識し、協力いただいている現状ではありません。データの質を高めるには定点担当医の認識が重要で、協力が得られなければ定点の変更を容易に行えるようにする。

表Ⅷ－３－４．感染症発生動向調査に関する意見等（つづき）

・定点医療機関選定基準を決定していただきたい。医療機関の受診者数が機関ごとに大きく異なっていると、警報注意報の精度が高くならないと思われる。
・４類感染症を整理し数を減らすべきである。多すぎるので報告が不正確となりやすい。
・定点医療機関の研修連絡会議が精度の向上のために必要である。都道府県で開催を支援して欲しい。
・定点医療機関、特に大病院からの正確・迅速な報告体制を検討して欲しい。
・定点からの報告が遅れるため、毎回毎週 tel している。
・週報を入力するにあたり、診断基準が統一されているか疑問に思うことがある。
・定点医療機関によっては診断基準にあった報告かどうか疑問に思われる

定点とのオンライン化等

・保健所では医療機関からの報告をそのまま入力しているだけですので、医療機関が直接入力するシステムにしてはいけないでしょうか。
・保健所などで入力したデータの取り込み、グラフィックス機能が欲しい。
・定点医療機関へ還元するためのオンライン化。
・定点医へのオンライン化。
・将来の定点数の増加に対して医療機関が簡単に直接、感染症情報センターにデータを送るしくみをご検討いただきたい。現在より１週間早く週報が還元されるようご努力願いたい。
・日報として定点より直接入力するシステムが望ましい。
・定点医療機関をオンラインし、医療機関から入力してもらいたい。
・病床数で定点を設定すると、医院やホームドクターからの情報が入ってこない。基幹定点報告は院内の情報をすべてつかまなければならず、定点の負担が大きく協力を得られにくいので、院内集計システム化などについて考えて欲しい。
・定点医の報告の還元を医師会、住民へインターネットでの公開をしてもいいのでないか。注目されていることで定点医の精度も上がってくるのではないか。Yahoo でも開けるようにしたら良いと思う
・定点を多くし、インターネットで簡単に入力してもらえるようにし、流行状況の把握、還元が迅速にできるようにしたい。手数料をアップして医療機関の協力体制を強化することが必要。
・定点からの報告、また還元をオンラインできるようにして欲しい。
・保健所を経由せず定点から直接報告できたらよいと思う。
・各定点にはパソコンを配布し、報告情報還元はインターネット経由で行ってもらいたい。

還元情報に関するコメント等

・漫然と動向をみるのでなく、その時現在の注意すべき発生動向を強調するような手だてが欲しい。
・週報または月報単位で全国レベルの動向についてコメントはいただけないのか。
・流行情報マップの４または５段階区分の根拠はどのようなものに基づいてされているのでしょうか。

入力画面の改良、コメント欄の追加等の要望

・小児科定点の入力がやりづらい。男女別報告はもう必要ない疾患も多いと思う。インフルエンザではＡ型など型別の方が参考になると思う。
・定点報告の入力が煩わしい・行間がせまい・スクロールした時ジャンプしない方が良い。
・入力の際、疾患の男女別および年齢別の項目を探すのに大変である。男女ごとシートの色分けをしていただきたい。

表Ⅷ－３－４．感染症発生動向調査に関する意見等（つづき）

・小児科定点の入力ミスが起こらないよう入力画面を拡大して欲しい。現状のシステムは操作が複雑かつ煩雑で、加工も不便である。地域の統計情報として迅速に情報提供できるようにシステムの改善を望みたい。
・小児科感染症についてもう少し詳細な情報（学校、家族集積性を入れて迅速な還元ができるようなシステムの方が利用される。
・小児科担当医から「小児感染症に男女差はないのでないか？男女別に集計しなくても良いのでは。」と言う意見あり。
・医療機関から報告を受ける時、どのようなところで発症しているのかなど気になる点を記入してもらえば良いと思う

データの抽出・加工に対する要望

・保健所ごとのデータの抽出ができるとよい。経年的な増減の傾向を見たい。
・（学級閉鎖の増加と一致するような）地域毎の補正。県域情報との補正が必要と考える。
・発生数が疾患別に折れ線グラフになると動向がわかりやすい。県全域のは２週間くらい後にみえる。
・国からのデータを取り込みやすいようにしていただきたい。
・全数集計について過去の時点での累計を知りたくても現時点での累計しか集計されない。当該週の報告件数が報告を行う時しかわからないのを改善して欲しい。定点マスターについて有効・廃止の別なく計算されているので区別して欲しい。過去の経緯を残しておきたい。
・送信還元などシステムを使った活用例を公開していく場、またはメンテナンス講習会を開催してもらいたい。
・本市では還元データを利用し、本市県全国の発生動向を Excel にて作成し、市内医療機関等に提供していますが、全国のシステムで還元していただく数値データを独自にコンピュタ上で加工できれば（方法があれば教えていただきたい）機能強化の一端になる。

その他

・システムのメンテナンスは委託業者に直接来てやってもらいたい。
・現在、都道府県が選定した定点は当管内で４カ所であるが、当管内では医師会の協力を得て２７カ所の定点で実施している。
・管内の医療機関ごとに発生状況が統計的に把握できる疾患別一覧表があると、ある程度地域の流行状況を見ることができる。
・地域レベルで用いるようにはできていない。予防接種対象疾患は全数報告として効果判定を行う。報告数のみでなく、重度の合併症、死亡例などの報告も同時に行い臨床の先生方に役立つ還元にすべき。
・システム全般の取り扱い方や概要および wish-net と本システムの関係に関する研修会を実地して欲しい。
・データ解析を行う者の配置が保健所にされていない。データの入力送信で手がいっぱいである。
・感染症発生動向を知る上では重要。より迅速に対応できる調査システムが必要。
・もっと早くデータを還元して欲しい。
・一般住民への調査結果の反映をして欲しい。
・情報の還元をどこまで流したらよいかわかりにくい（届出件数が少ないため対象施設の選択、情報についての整理の仕方など）。
・警報発生システムを含めた発生動向調査結果の還元（各種団体、施設、学校事業所などに対して効果的な情報提供）に取り組んでいく必要があると考えている。
・今後とも現場の情報還元を充実していただきたい。
・週報は大変見やすく情報も多く有効活用しているが、もう少し還元が早いとなお良い。

表Ⅷ－３－４．感染症発生動向調査に関する意見等（つづき）

・活用の仕方が、現在のような情報提供の資料としているだけでよいのか？もし他の活用の仕方があれば教えてください。
・定点数および専門家が少ないということが管内の問題としてある。注意報を出したとき、風評被害に対する配慮が必要。
・情報を取る目的が「国への情報提供」となり、ただ機械的にシステムを利用して報告している現状がある。本来感染症の流行予測を行い住民に情報提供することが目的であるはずだが予算も人的措置もされていない。活用できないなら報告を中止しては？定点を少なくして欲しい。
・本調査の必要性に疑問を感じる。今までのデータ解析で流行パターンなどは把握できないのではないか。
・昨今の世界情勢に鑑み、よくわけの分からない疾患（新しいタイプのもの）について広く情報提供する場としても充実してもらいたい。医療機関に対する資質向上のためにも研修などももう少しあっても良いのではないか。
・謝礼金について小児科定点もインフルエンザ情報をもらっているのでインフルエンザ分の謝礼はすべきだと思う。
・老人対象の施設での感染症動向調査と警報が必要と考える。
・先日のテロ事件により、バイオテロへの対策としてのサーベイランスの役割も検討の必要があると思う。

平成13年度厚生科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）による
「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」
主任研究者：岡部信彦

「定点サーベイランスの評価に関する研究グループ」
研究報告書

感染症発生動向調査に基づく
流行の警報・注意報および全国年間罹患数の推計
－ その２ －

２００２年３月発行

グループ長　永井正規
事　務　局　〒350-0495
埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38
埼玉医科大学公衆衛生学教室
電話:049-276-1171　FAX:049-295-9307
担　　当　渕上博司